

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'INFLUENCE DES ATTRIBUTIONS DE LA DOULEUR SUR LE
FONCTIONNEMENT PSYCHOSEXUEL DES FEMMES ATTEINTES DE
VESTIBULODYNIE ET LEURS PARTENAIRES

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MÉLANIE JODOIN

NOVEMBRE 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je désire exprimer ma gratitude à tous ceux qui ont su m'aider à mener à terme ce projet grâce à leur soutien, leurs conseils et surtout grâce à la foi qu'ils ont placée en moi dès le départ de cette belle aventure qu'est le doctorat en psychologie.

En premier lieu, je tiens à souligner l'immense confiance que m'a témoignée ma directrice de thèse, Sophie Bergeron, Ph.D., en m'accueillant en tant que première étudiante de son Laboratoire d'étude de la douleur gynécologique. Elle a su m'inculquer l'appréciation et les rudiments de la recherche scientifique. Je lui serai éternellement reconnaissante de l'infinité des opportunités qu'elle m'a offertes. Elle fut également à mes yeux le modèle d'une femme moderne qui sait conjuguer avec brio la vie professionnelle, personnelle et familiale.

Cette présente étude a été réalisée grâce à la collaboration exceptionnelle du Dr Samir Khalifé, du Dre Marie-Josée Dupuis, ainsi que de Irv Binik, Ph.D. Leur générosité et leur dévouement professionnel ont grandement contribué à la qualité et à la crédibilité de ce projet.

J'aimerais aussi remercier les membres de mon comité de thèse, Dr Pierre Assalian, Dre Sophie Bergeron, Dre Kim Lavoie, ainsi que le Dr Stéphane Guay, pour leur professionnalisme et leur respect à l'égard de mon travail.

J'adresse également mes sincères remerciements à tous mes superviseurs cliniques, Mélanie Archambault, M.Ps., Claude Bélanger, Ph.D, Sophie, Bergeron, Ph.D, Marc-André Généreux, Ph.D, Julie Larouche, Ph.D (sc), et Daniel Moisan, Ph.D. qui dans un climat empreint d'humour et d'humilité m'ont permis de développer mes habiletés et connaissances nécessaires à la pratique de la psychologie clinique.

Le déroulement de ce projet doctoral a été facilité grâce à la généreuse contribution financière du Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles (CRIPCAS) qui m'a octroyé trois bourses scientifiques. La diffusion scientifique de mes résultats de recherche a été permise grâce à une bourse offerte par la Faculté des Sciences Humaines et par le soutien financier intégral offert par le Laboratoire d'étude de la douleur gynécologique.

Je voudrais aussi témoigner ma reconnaissance au talent et à la patience de Jean Bégin, pour toute l'aide qu'il m'a apportée dans l'analyse de mes données statistiques. Un merci supplémentaire revient à Pierre McDuff, statisticien du CRIPCAS.

Une mention spéciale pour les coordonnatrices de recherche, Geneviève Mailloux et Mylène Desrosiers, du Laboratoire d'étude de la douleur gynécologique, qui ont assuré brillamment le succès de nombreux projets de recherche simultanément.

J'aimerais aussi remercier tous mes collègues de l'UQAM qui ont rendu mes années au doctorat plus attrayantes, et particulièrement Geneviève Desrochers, ma grande amie et confidente. Je la remercie du fond du cœur de m'avoir accompagnée durant mon parcours, et ce depuis même le baccalauréat. Elle a su rendre cette expérience des plus humaine et agréable.

Je remercie mes parents qui m'ont légué leur courage et leur détermination en m'apprenant à ne pas abdiquer dès le premier obstacle. Ce qui m'amène aussi à remercier l'ensemble de ma famille et de mes amis intimes pour leur compréhension et leur encouragement à travers cette longue route parfois sinueuse mais combien enrichissante.

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
CHAPITRE I : INTRODUCTION THÉORIQUE ET OBJECTIFS.....	1
1. Introduction générale.....	2
2. Vestibulodynie.....	4
2.1 Description.....	4
2.2 Classification.....	4
2.3 Étiologie et modèle théorique.....	6
2.3.1 Facteurs biomédicaux.....	8
2.3.2 Facteurs psychosociaux.....	12
3. Attributions.....	17
3.1. Les dimensions des attributions et le style attributionnel.....	17
3.2 Les attributions et la maladie/ douleur chronique.....	18
3.3 Les attributions et l'ajustement dyadique.....	21
3.4 Les attributions et la sexualité.....	23
3.5 Les attributions des partenaires de femmes souffrant de vestibulodynie.....	24
4. Objectifs.....	26
5. Hypothèses.....	26
5.1 Article 1 (les femmes).....	26
5.2 Article 2 (les hommes).....	27
6. Étude principale.....	27
CHAPITRE II: PREMIÈRE ÉTUDE.....	29
Attributions as predictors of psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia	
Abstract	31
Introduction	32

Method.....	35
Results.....	40
Discussion.....	42
References.....	48
Tables.....	59
CHAPITRE III : DEUXIÈME ÉTUDE.....	64
Male partners of women with provoked vestibulodynia: Attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction and psychological distress	
Abstract.....	66
Introduction	68
Method.....	71
Results.....	75
Discussion.....	78
References.....	83
Tables.....	91
CHAPITRE IV : DISCUSSION GÉNÉRALE.....	96
Rappel des objectifs de la thèse et des principaux résultats.....	97
Limites des études présentées et pistes de recherches futures.....	102
Contribution scientifique de la thèse et conclusion générale.....	103
APPENDICE A.....	107
CONSIGNES ET FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	107
A.1 Étude 1.....	108
A.1.1 Consignes Étude 1.....	108
A.1.2 Formulaire de consentement Étude 1.....	109
A.2 Étude 2.....	123
A.2.1 Consignes Étude 2.....	123
A.2.2 Formulaire de consentement Étude 2.....	124
APPENDICE B.....	133

QUESTIONNAIRES UTILISÉS DANS LES ÉTUDES.....	133
B.1 Questionnaires de l'étude 1.....	134
B.1.1 Entrevue dirigée.....	135
B.1.2 Formulaire d'examen gynécologique.....	155
B.1.3 Inventaire d'Ajustement Dyadique Révisé (DAS, Spanier, 1976).....	173
B.1.4 Index de Fonction Sexuelle de la Femme (FSFI, Rosen & al. 1982).....	175
B.1.5 Brief Symptoms Inventory (BSI, Derogatis & Melisaratos, 1983).....	184
B.1.6 Questionnaire sur les Attributions de la douleur gynécologique (Jodoin & Bergeron, 2004, adapté de Peterson & al. 1982)	189
B. 2 Questionnaires de l'étude 2.....	208
B.2.1 Inventaire d'Ajustement Dyadique Révisé (DAS, Spanier, 1976).....	208
B.2.2 Brief Symptoms Inventory (BSI, Derogatis et Melisaratos, 1983).....	210
B.2.3 Questionnaire sur les attributions de la douleur pendant les relations sexuelles chez votre partenaire (Jodoin & Bergeron, 2004, adapté de Peterson & al.,1982).....	215
B.2.4 Formulaire d'Histoire Sexuelle (SHF, Sexual History Form, Nowinski & LoPiccolo, 1979; Schover & Jensen, 1988).....	228
B.2.5 Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX, Lawrance & Byers, 1998).....	240
APPENDICE C.....	241
FORMULAIRES D'AUTORISATION PAR LES COMITÉS D'ÉTHIQUES.....	241
C.1 Formulaires de McGill.....	242
C.2 Formulaires du CHUM.....	249
C.3. Formulaires de L'UQAM.....	255
APPENDICE D.....	256
CALCUL DE LA PUISSANCE STATISTIQUE.....	257
APPENDICE E.....	258
ANALYSES FACTORIELLES DU ASQ.....	259
RÉFÉRENCES.....	283

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II

Table I. Summary Statistics of Variables Measured.....	59
Table II. Correlations among variables.....	61
Table III. Summary of results of multiple hierarchical regression analysis with dyadic adjustment, psychological distress and sexual functioning as dependant variables.....	62

CHAPITRE III

Table I. Sample characteristics (N =38)....	91
Table II. Zero-order correlations between attributions, women's pain intensity and psychosexual variable.....	93
Table III. Summary of results of multiple hierarchical regression analysis with dyadic adjustment, psychological distress and sexual satisfaction.....	94

RÉSUMÉ

La présente thèse porte sur les facteurs psychosociaux impliqués dans l'expérience de la douleur vulvo-vaginale chez les femmes atteintes de vestibulodynie provoquée- la cause la plus fréquente de dyspareunie chez les femmes pré-ménopausées. Précisément, il est question d'une investigation des attributions causales de la vestibulodynie chez les femmes et leurs partenaires afin d'examiner jusqu'à quel point elles prédisent les variations de la douleur des femmes, ainsi que celles du fonctionnement psychosexuel et de l'ajustement dyadique de chacun des membres du couple. Les attributions causales sont des variables cognitives qui consistent en une explication personnelle de la source et de la nature d'une situation négative (p. ex., la maladie physique/mentale, la douleur chronique). Ces explications peuvent prédire l'ajustement physique et psychologique d'une personne envers cet événement négatif. Cet ouvrage comporte quatre chapitres : l'introduction théorique et les objectifs, deux articles scientifiques qui constituent la première et la deuxième étude de la thèse, ainsi qu'une discussion générale.

Le premier article scientifique s'intitule: « Attributions as predictors of psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia ». Le but de cette étude était de déterminer si les attributions causales de la douleur vulvo-vaginale permettent de prédire l'intensité de la douleur de même que la détresse psychologique, le fonctionnement sexuel et l'ajustement dyadique des femmes souffrant de vestibulodynie. Un échantillon de 77 participantes a complété un examen gynécologique et des questionnaires mesurant les attributions de la douleur, l'intensité de la douleur, la détresse psychologique, le fonctionnement sexuel et l'ajustement dyadique. Les résultats indiquent qu'en contrôlant pour l'intensité de la douleur et la durée de la relation de couple, les attributions internes prédisent un ajustement dyadique élevé. De plus, les attributions globales et stables prédisent un faible ajustement dyadique et une détresse psychologique élevée. Seules les attributions globales prédisent une détérioration du fonctionnement sexuel. Cependant, les attributions ne corrèlent significativement avec aucune mesure de douleur chez la femme.

Le deuxième article scientifique se nomme : « Male partners of women with provoked vestibulodynia: Attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction and psychological distress ». L'objectif de cette deuxième étude était d'examiner jusqu'à quel point les attributions des hommes envers la vestibulodynie prédisent leur ajustement dyadique, leur fonctionnement sexuel, leur satisfaction sexuelle et leur détresse psychologique, ainsi que la douleur et le fonctionnement sexuel de la femme. Un groupe de 38 hommes partenaires de femmes souffrant de vestibulodynie a répondu à des questionnaires évaluant leurs attributions de la douleur vulvo-vaginale et leur adaptation psychosexuelle. Les résultats démontrent que les quatre dimensions négatives des attributions (interne, globale, stable, responsabilité de la partenaire) ne prédisent pas de façon significative une augmentation de la détresse psychologique chez les partenaires masculins.

Cependant, il semblerait que cette détresse soit reliée à une intensité de douleur élevée chez la femme. De plus, des degrés élevés d'attributions internes et globales sont associés à un ajustement dyadique plus faible. Enfin, les attributions globales et stables sont reliées à une faible satisfaction sexuelle. Aucune dimension des attributions n'a permis de prédire le fonctionnement sexuel des partenaires hommes, ni l'intensité de la douleur et le fonctionnement sexuel de la femme.

Le dernier chapitre comporte une discussion générale qui résume les différents objectifs des études présentées ainsi que les résultats associés. Les limites méthodologiques des deux études scientifiques sont soulignées et des pistes de recherches futures sont proposées. Ce chapitre soulève également la contribution relative de cette thèse aux domaines de recherche de la dyspareunie et de la sexualité humaine.

Mots-clés : Vestibulodynie, douleur chronique, couple, sexualité, attributions.

CHAPITRE I

INTRODUCTION THÉORIQUE ET OBJECTIFS

Ce chapitre de thèse porte dans un premier temps sur la description de la problématique de la dyspareunie et de l'une de ses causes les plus fréquentes – la vestibulodynie provoquée – afin de situer le lecteur quant à la nature, la classification et l'étiologie de ce trouble de douleur vulvo-vaginale. En second lieu, une description exhaustive des attributions vise à favoriser une meilleure compréhension de l'état actuel des connaissances. Ensuite, les objectifs et les hypothèses de recherche sont présentés. Finalement, des explications supplémentaires sont apportées quant à l'insertion de cette thèse doctorale à l'intérieur d'un projet de recherche plus vaste.

1. Introduction générale

Les douleurs gynécologiques chroniques représentent un problème de santé des femmes largement négligé (Walling, & Reiter, 1995). Des données récentes indiquent que 21% des femmes de moins de 30 ans éprouvent des douleurs durant les relations sexuelles, ou dyspareunie (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). La vestibulodynie provoquée en serait la cause la plus prévalente (Friedrich, 1987 ; Meana, Binik, Khalife, Bergeron, Padigas, & Berkley, 1997). Cette douleur récurrente se caractérise par une sensation de brûlure à l'entrée du vagin suite à une pression appliquée à la région, par exemple une tentative de pénétration vaginale. Les répercussions de ce problème de douleur sont multiples et comprennent notamment une perturbation du processus reproducteur, du fonctionnement sexuel global, ainsi qu'une augmentation de la détresse psychologique et conjugale (Bergeron, Binik, Khalife, & Pagidas, 1997) ; Danielsson, Sjoberg, & Wikman, 2000; Meana et al., 1997a ; Van Lankveld, Weijenborg, & ter Kuile, 1996 ; White, & Jantos, 1998). Malgré ces perturbations, peu d'études scientifiques ont tenté d'identifier les facteurs psychosociaux impliqués dans le développement et le maintien de la vestibulodynie. Cependant, deux études de Meana et ses collègues (1998; 1999) ont démontré une association positive entre les degrés d'anxiété et de douleur, ainsi qu'une association négative entre les degrés de satisfaction conjugale et

de douleur chez des femmes souffrant de dyspareunie. Qui plus est, comparativement à des attributions d'ordre biomédical (i.e. causes présumées de la douleur = médical), les attributions d'ordre psychosocial (causes présumées de la douleur = facteurs psychologiques et/ou sociaux) des femmes atteintes de dyspareunie sont associées à un degré plus élevé de douleur et de détresse psychologique, conjugale et sexuelle (Meana et al., 1999). Ces résultats suggèrent que des variables psychosociales jouent un rôle non négligeable dans l'expérience de la douleur pendant les relations sexuelles.

Malgré le fait que le partenaire soit un témoin direct de l'expérience de la douleur pendant les relations sexuelles et qu'il cause en quelque sorte cette douleur, aucune étude jusqu'à maintenant n'a examiné le rôle des facteurs conjugaux dans l'expérience de la douleur et du fonctionnement psychosexuel des femmes souffrant de vestibulodynie, en particulier le rôle du partenaire. Pourtant, des études portant sur d'autres problèmes de santé ont démontré que l'ajustement conjugal est un prédicteur du fonctionnement sexuel, de la satisfaction sexuelle, de symptômes dépressifs, de l'intensité de la douleur et de l'incapacité physique (Block, Kremer, & Gaylor, 1980; Cano, Gillis, Heinz, Geisser, & Foran, 2004; Flor, Kerns, & Turk, 1987; Fordyce, 1976; Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz, & Rowland, 1999; Ghizzani, Pirtoli, Belleza, & Velicogna, 1995; Kiecolt-Glazer, & Newton, 2001; Romano, 1995). Il semble donc essentiel d'investiguer le rôle du partenaire dans l'expérience de la vestibulodynie.

La présente étude a comme objectif principal d'élucider le rôle de certaines variables psychosociales qui peuvent avoir une influence sur la vestibulodynie et ses conséquences psychosexuelles associées. Précisément, ce projet vise à identifier le type d'attributions que les femmes et leurs partenaires utilisent pour expliquer la présence de la douleur pendant les relations sexuelles. La première étude a pour but de déterminer l'influence du type d'attributions de la femme sur l'intensité de sa douleur, sa détresse psychologique, son ajustement dyadique et son fonctionnement sexuel. La deuxième étude cible les attributions effectuées par l'homme envers la

douleur de sa partenaire, en lien avec la prédiction de sa propre détresse psychologique, son ajustement dyadique, son fonctionnement sexuel et sa satisfaction sexuelle, ainsi que la douleur et le fonctionnement sexuel de sa partenaire.

2. La vestibulodynie

2.1 Description

La vestibulodynie provoquée, anciennement nommée ‘syndrome de la vestibulite vulvaire’, (Moyal-Barracco, & Lynch, 2004), est la cause la plus fréquente de dyspareunie, ou douleur pendant les relations sexuelles, chez les femmes pré-ménopausées (Friedrich, 1987; Goetsch, 1991). La prévalence de la vestibulodynie dans la population générale est établie à 12% (Harlow, & Stewart, 2003). La vestibulodynie est une douleur récurrente non-spécifique du vestibule, situé à l’entrée du vagin. Ce problème rend la pénétration vaginale douloureuse et prive de nombreuses femmes d’une source considérable de plaisir et d’intimité avec le partenaire (Bergeron, Binik, Khalife, & Pagidas, 1996). Ces femmes rapportent une sensation de brûlure ou de déchirement ressentie à l’entrée du vagin lors de la pénétration, mais également lors d’activités telles que l’insertion de tampons, l’insertion des doigts et les examens gynécologiques (Axe, Parmley, Woodruff, & Hlopak, 1986 ; Bazin, Bouchard, Brisson, Morin, Meisels, & Fortier, 1994; Foster, Sazenski, & Stodgell, 2004; Friedrich, 1987; Furlonge, Thin, Evans, & Mckee, 1991; Goetsch, 1991). Une étude récente indique que 50% des femmes qui ont développé la vestibulodynie à l’âge adulte ont également éprouvé de la douleur lors de la première insertion d’un tampon (Harlow, & Stewart, 2005).

2.2 Classification

Le *DSM-IV-TR* (APA, 2000) classifie la dyspareunie dans la catégorie des troubles sexuels avec douleur. La dyspareunie est définie comme étant une «douleur génitale persistante ou répétée associée aux rapports sexuels» (APA, 2000). Binik (2005) soulève que la classification actuelle souffre d’un manque de spécificité concernant les caractéristiques de la douleur. En effet, aucune information relative à

l'endroit, la durée, l'intensité et la description qualitative de la douleur n'est incluse dans le *DSM-IV-TR*. De plus, ce manuel diagnostique contribue à perpétuer une vision dualiste de la dyspareunie, la classifiant comme étant soit d'ordre psychologique ou physiologique/organique. Selon Meana et Binik (1994) et Bergeron et al. (1996), cette conceptualisation dualiste ne tient pas compte des théories modernes qui considèrent que la douleur est d'origine biopsychosociale. À cet effet, des chercheurs proposent maintenant que la dyspareunie soit classifiée comme étant un problème de douleur chronique associé à la région génitale plutôt que comme une dysfonction sexuelle (Binik, 2005; Binik, Pukall, Reissing, & Khalife, 2001; Binik, Reissing, Pukall, Flory, Payne, & Khalife, 2002; Meana et al. 1997). Cette conceptualisation novatrice met l'accent sur le symptôme principal de ces troubles, soit la douleur, et non sur l'activité (c.-à-d. coït) avec laquelle celle-ci interfère (Binik, 2005).

En ce qui a trait à la vestibulodynie, l'absence de signes pathologiques apparents permettant d'identifier ce problème de douleur amène à considérer celui-ci d'un point de vue plus clinique. À cet égard, Friedrich (1987) a élaboré quelques critères diagnostiques afin d'optimiser la classification de la vestibulodynie. En premier lieu, on constate la présence d'une douleur vive au toucher du vestibule, la région de la vulve située entre les orifices du vagin et de l'urètre, ou lors de la pénétration vaginale. De plus, on observe une douleur aiguë lors de la palpation de la région vestibulaire à l'aide d'un coton-tige. Enfin, on note de l'érythème à la région vulvaire. Néanmoins, l'équipe de recherche de Bergeron et al. (2001b) a étudié la fidélité de ces critères et amène la conclusion que seule la palpation du vestibule à l'aide du test du coton-tige permet une localisation précise et efficace de la région douloureuse, et que la présence d'érythème ne serait pas un critère diagnostique fidèle.

Récemment, la 'International Society for the Study of Vulvovaginal Disease' (ISSVD) a reconsidéré le terme 'vestibulite vulvaire' puisque les dernières études ont rapporté des résultats contradictoires quant à la présence d'inflammation. Quelques

chercheurs ont confirmé la présence d'une pathogénèse inflammatoire (Foster et al., 2004; Witkin, Gerber, & Ledger, 2002) alors que d'autres études ont conclu qu'il n'y avait qu'une inflammation non-spécifique (Lundqvist, Hofer, Olofsson, & Sjoberg., 1997; van Beurden, van der Vange, de Craen, Tjong-A-Hung, ten Kate, ter Schegget, & Lammes, 1997). En 2003, l'ISSVD a décidé de rétablir le terme 'vulvodynie' afin d'identifier les douleurs vulvaires sans pathologies apparentes. D'un point de vue de classification, ils ont identifié deux sous-groupes de vulvodynie, soit la vulvodynie généralisée qui n'est pas limitée au vestibule et la forme plus localisée qui correspond à la vestibulodynie (Moyal-Barracco, & Lynch, 2004).

2.3 Étiologie et modèle théorique

Par ailleurs, l'étiologie de la vestibulodynie demeure peu connue. Bon nombre de pistes ou d'hypothèses ont été étudiées, mais aucune cause n'a été clairement déterminée. Avant de présenter les quelques facteurs à l'étude, il importe de spécifier que la vestibulodynie est un syndrome multifactoriel étant influencé autant par des éléments biomédicaux que psychosociaux (Bergeron et al. 1996). Le modèle théorique qui sous-tend cette thèse se base sur les préceptes de l'approche cognitivo-comportementale. Selon cette approche, il existerait une interaction constante entre soi et son environnement. Chaque être humain est constitué de quatre composantes de base essentielles; les cognitions (pensées), les sensations physiques, les émotions et les comportements. Toutes ces composantes peuvent s'influencer entre elles et interagir afin de moduler la façon d'être, d'agir, de penser et de ressentir des êtres humains. De plus, l'interaction de l'être humain avec son entourage (conjoint, amis et parents) a aussi un impact sur le développement de l'identité d'une personne et sur l'émission de ses comportements (Beck, 1976). Les femmes souffrant de vestibulodynie sont amenées à vivre des émotions, des pensées, des sensations physiques et des comportements et à interagir avec les membres de leur entourage, notamment le partenaire, directement impliqué dans l'expérience de la douleur (Desrosiers et al., 2008; Meana et Binik, 1996).

Dans le même ordre d'idées, la théorie du portillon de la douleur de Melzack et Wall (1962) a servi d'assise conceptuelle à la présente thèse. Selon ce modèle, les signaux de douleur sont envoyés au cerveau à partir du système nerveux périphérique, et du cerveau au système nerveux périphérique, et seraient modulés par la moëlle épinière (le portillon). L'aspect birectionnel de la transmission des messages de douleur, c'est-à-dire qu'il y ait de l'information montante et descendante, est l'un des aspects innovateurs du modèle. Toutefois, il y aurait des éléments qui pourraient interférer dans la transmission des signaux de la périphérie au cerveau, soit en diminuant (fermer le portillon) la douleur ou en l'augmentant (ouvrir le portillon). Parmi les éléments qui peuvent augmenter la douleur, nous retrouvons des facteurs physiques (irritation, brûlure), des facteurs cognitifs (catastrophisation, pensées négatives), des facteurs émotifs (anxiété et dépression), et des facteurs relationnels (attitude négative du partenaire, isolement). Chez les femmes atteintes de vestibulodynie, il est possible d'appliquer la théorie du portillon de la douleur (Melzack et Wall, 1982) puisqu'il est établi que la vestibulodynie est considérée comme un problème de douleur chronique qui interfère principalement avec les relations sexuelles. Il apparaît logique de croire que les femmes ressentiront davantage de douleur si elles présentent des facteurs physiques (lésions, irritation), des facteurs cognitifs (pensées négatives, style attributionnel négatif), des facteurs émotionnels (anxiété phobique, impuissance) et des facteurs relationnels (manque de compréhension du partenaire, évitement relationnel, attributions négatives du partenaire envers la douleur) susceptibles d'augmenter la douleur. De plus, des recherches scientifiques ont démontré que la relation avec le ou la partenaire et son attitude (comportements et jugements) influençaient grandement la rémission d'une maladie quelconque et l'intensité de la douleur ressentie dans une problématique de douleur chronique. Ainsi, l'attitude de blâme du partenaire et une piètre qualité de la relation conjugale pourraient être des facteurs nuisibles dans une problématique de douleur chronique telle que la vestibulodynie (Desrosiers et al., 2008).

Spécifiquement, la femme vit son premier épisode de douleur sexuelle impliquant toutes les conséquences négatives associées. Par la suite, elle revit des expériences de douleur récurrentes ce qui l'amène à une recherche d'explications et un soulagement de la douleur envahissante. Elle s'oriente généralement vers les membres de son entourage et vers les divers professionnels de la santé. Ceux-ci, fréquemment mal ou peu informés, semblent limités dans les explications qu'ils peuvent fournir à ces femmes, ce qui a pour conséquence qu'elles doivent chercher elles-mêmes des réponses aux questions « d'où vient ma douleur? Qui est responsable de ma douleur? Ma douleur affecte quelles sphères de ma vie? Est-ce que ma douleur va toujours être présente? L'étendue de ces questions amène le développement des attributions, variables cognitives fort étudiées en psychologie sociale qui servent à donner une explication personnelle à une situation incongrue (Weiner, 1986). Les sous-sections suivantes décrivent les études portant sur les différentes composantes qui interagissent au sein de l'approche cognitivo-comportementale ainsi que celles de la théorie du portillon de la douleur de Melzack et Wall (1962)

2.3.1 Facteurs biomédicaux

Plusieurs recherches ont tenté de démontrer l'existence d'un lien entre la vestibulodynie et différents types d'infections vaginales. (Friedrich, 1987; Marinoff, & Turner, 1986; Marinoff, & Turner, 1991; Witkin, Gerber, & Ledger, 2002). En particulier, des études contrôlées ont démontré que les femmes qui souffrent de dyspareunie rapportent davantage d'infections à candida que les femmes d'un groupe témoin (Bohm-Starke, Hilliges, Blomgren, Falconer, & Rylander, 2001; Mann, Kaufman, Brown, & Adam, 1992). Néanmoins, d'autres études dans le cadre desquelles on a procédé à une culture vaginale ne démontrent aucune différence entre les femmes d'un groupe témoin et celles atteintes de vestibulodynie du point de vue de la présence actuelle d'infection (p. ex., Bazin et al., 1994). Il est possible que les femmes atteintes de vestibulodynie rapportent une histoire d'infections à candida qui

ont été mal diagnostiquées par les médecins, c'est-à-dire sans culture vaginale à l'appui, ou tout simplement mal auto-diagnostiquées.

De plus, plusieurs recherches ont tenté de confirmer la présence d'inflammation chez les femmes souffrant de vestibulodynie (Gerber, Bongiovanni, Ledger, & Witkin, 2003; Foster, Sazenski, & Stodgell, 2004; Witkin, Gerber, & Ledger, 2002). Plus spécifiquement, ces recherches ont permis d'étudier la relation entre la présence du polymorphe Allele 2 dans le gène Interleukin-1 β chez les femmes atteintes. L'étude du polymorphe Allele 2 est justifiée par le fait qu'il est souvent considéré comme responsable de l'inflammation chronique et que quelques chercheurs postulent la présence d'inflammation comme étant caractéristique de la vestibulodynie. Ainsi, une étude contrôlée a trouvé un pourcentage plus élevé de femmes qui présente le gène Interleukin-1 β chez le groupe de femmes souffrant de vestibulodynie comparativement à celui des femmes n'éprouvant pas de douleur vulvo-vaginale (Gerber, Bongiovanni, Ledger, & Witkin, 2003). Toutefois, la présence élevée du gène Interleukin-1 β chez les femmes de cette étude n'était pas associée davantage à la présence du polymorphe Allele 2 (principal responsable de l'inflammation), ce qui nous empêche de conclure définitivement à la prédominance d'inflammation chez les femmes souffrant de vestibulodynie. Dans le même ordre d'idées, on observe également davantage d'érythème et un afflux sanguin plus important dans la fourchette postérieure (vestibule) chez les femmes atteintes de vestibulodynie que chez les femmes d'un groupe témoin (Bohm-Starke et al., 2001). Cependant, ces résultats sont basés sur l'étude d'un petit groupe de 20 participantes et aucune corrélation n'a été trouvée entre la présence d'érythème et d'un afflux sanguin important. L'ensemble de ces résultats met en lumière la controverse concernant des degrés d'érythème ou d'inflammation qui seraient plus élevés chez les femmes souffrant de vestibulodynie. Ils peuvent suggérer également la remise en question de ce critère diagnostique chez les cliniciens puisque la muqueuse vestibulaire pourrait avoir une apparence rougeâtre sans nécessairement être à la fois plus sensible à la douleur. De plus, l'évaluation de l'érythème se fait de manière subjective par

l'examen à l'œil nu de la rougeur, ce qui implique des différences individuelles dans les jugements des différents cliniciens qui évaluent ces femmes.

Du point de vue hormonal, Bazin et ses collègues (1994) ont observé que la prise de contraceptifs oraux avant l'âge de 17 ans et des premières menstruations précoces étaient deux précurseurs du développement de la vestibulodynie. Qui plus est, l'étude de Bouchard et ses collègues (2002) révèle aussi la présence d'une association positive entre la vestibulodynie et l'utilisation précoce (avant 16 ans) et prolongée (2 ans et plus) de la pilule contraceptive. D'autres études sont nécessaires afin de mieux comprendre le mécanisme par lequel les contraceptifs oraux pourraient prédisposer au développement d'un problème de douleur vulvo-vaginale.

L'équipe de Reissing (2005) a effectué une étude afin d'examiner le fonctionnement des muscles du plancher pelvien chez les femmes qui souffrent de vestibulodynie. Un total de 29 femmes atteintes de vestibulodynie a été comparé à 29 autres femmes sans problème de douleur vulvo-vaginale. Toutes ces femmes ont été évaluées à deux reprises par différents physiothérapeutes et l'accord inter-juge s'est révélé élevé quant au diagnostic d'une pathologie du plancher pelvien. Ainsi, les femmes souffrant de vestibulodynie présentaient significativement plus d'hypertonie de la musculature pelvienne, un manque de tonus musculaire et une restriction au niveau de l'ouverture vaginale, comparativement aux femmes du groupe témoin. Il n'est pas clair cependant jusqu'à quel point cette hypertonie précéderait le développement de la vestibulodynie ou en serait plutôt une conséquence.

Par ailleurs, des études récentes se sont penchées sur la fonction sensorielle des femmes souffrant de dyspareunie associée à la vestibulodynie (Bohm-Starke et al., 2001; Granot, Friedman, Yarnitsky, & Zimmer, 2002; Lowenstein, Vardi, Deutsch, Friedman, Gruenwald, Granot, Sprecher, & Yarnitsky, 2004; Pukall, Binik, Khalife, Amsel, & Abbott, 2002). Les résultats de ces études indiquent que les femmes souffrant de vestibulodynie ont des seuils de douleur et de toucher significativement plus bas que ceux des femmes de groupes témoins. Les résultats obtenus par Pukall et

son équipe (2002) révèlent aussi que cette différence ne se limite pas à la région du vestibule, mais se retrouve également à d'autres parties du corps comme l'avant-bras et la région deltoïde. Ensemble, ces résultats sont compatibles avec l'hypothèse selon laquelle les femmes souffrant de vestibulodynie ont une plus grande quantité de thermorécepteurs et de nocicepteurs dans la muqueuse vestibulaire, ce qui impliquerait une plus grande sensibilité et propension à ressentir de la douleur. Qui plus est, l'équipe de Pukall (2005) a publié dernièrement une seconde étude visant à examiner les bases neurologiques de l'hypersensibilité à la douleur chez les femmes aux prises avec la vestibulodynie à l'aide de l'imagerie à résonance magnétique fonctionnelle (IRMf). Les résultats obtenus montrent que, durant un épisode de douleur induit par une série de stimulations à la région du vestibule, les femmes souffrant de vestibulodynie présentent une plus grande activation neurologique que les femmes d'un groupe témoin. De plus, ce profil d'activation neurologique est aussi comparable à celui présenté par d'autres problèmes de douleur chronique. Cette activation neurologique est parfois expliquée par une altération du système modulateur de la douleur qui entraîne une augmentation des transmissions nociceptives de la douleur au cortex cérébral. Cette explication n'a pas encore été évaluée chez les femmes atteintes de vestibulodynie mais l'équipe de Pukall (2005) suggère plutôt d'étudier les facteurs psychologiques (p.ex., attention et émotions) qui peuvent être impliqués dans l'amplification de la perception de la douleur. Ainsi, ces études confirment que même si la vestibulodynie comprend une dimension sensorielle, il est pertinent d'inclure des recherches vérifiant le rôle des variables psychosociales dans l'expérience de la douleur et ses multiples répercussions.

En conclusion, les quelques pistes étudiées par les recherches biomédicales révèlent plus souvent qu'autrement des contradictions dans les résultats obtenus concernant l'étiologie de la vestibulodynie. De plus, ces études comportent des échantillons restreints et définissent mal le type de douleur vulvaire à l'étude. Enfin, bien que les facteurs biomédicaux soient fréquemment associés à la douleur vulvo-vaginale, ils sont rarement les seuls impliqués dans le rétablissement de cette

problématique qui regroupe aussi des altérations de la qualité de vie conjugale, psychologique et sexuelle chez ces femmes. Ainsi, une diminution de la douleur et de son intensité ne permet pas automatiquement et nécessairement la gestion des altérations précédemment mentionnées.

2.3.2 Facteurs psychosociaux

Comparativement aux facteurs d'ordre biomédical, l'influence des variables psychologiques sur la vestibulodynie apparaît un domaine moins étudié, voire négligé. Pourtant, la considération des variables psychosociales à titre de modulateurs de la douleur et de l'incapacité fait partie intégrante des modèles biopsychosociaux contemporains et permet de contrer la vision réductionniste qui tend à séparer les facteurs physiologiques des facteurs psychosociaux (Bergeron, Meana, Binik, & Khalifé, 2003; Binik, 2005; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004; Melzack, & Wall, 1982).

Du point de vue des antécédents psychosexuels, certains chercheurs ont découvert que les femmes atteintes de dyspareunie ne rapportent pas avoir vécu plus d'abus physique ou d'agression sexuelle que les femmes d'un groupe témoin (Meana et al., 1997 ; Daniellson, Sjoberg, & Wikman, 2000; Dalton, Haefner, Reed, Senapati, & Cook, 2002). Par ailleurs, selon une étude épidémiologique récente (Harlow, 2005), les femmes qui ont vécu un abus physique ou sexuel sévère durant l'enfance étaient quatre fois plus susceptibles de rapporter également des symptômes de vulvodynie, ou douleur vulvo-vaginale chronique, indépendamment de leurs caractéristiques démographiques actuelles et de celles d'autrefois. Cette association entre l'abus et la vulvodynie est surtout limitée aux femmes qui auraient peur d'être abusées à nouveau et celles qui auraient été abusées par un membre de la famille immédiate. De plus, les femmes atteintes révélaient 2.6 fois plus de probabilités d'avoir manqué de soutien familial dans l'enfance (réconfort, amour et encouragement) que les femmes du groupe témoin. Enfin, à la lumière de ces résultats contradictoires, il est difficile de savoir si l'abus est un facteur de risque dans

le développement de la douleur vulvo-vaginale. D'autres études contrôlées sont nécessaires afin de mieux comprendre la nature du lien entre des antécédents d'abus et les problèmes de douleur vulvo-vaginale.

Les résultats des rares études contrôlées dans le domaine psychosocial montrent que les femmes souffrant de dyspareunie rapportent un fonctionnement sexuel moins optimal (p. ex., anorgasmie, moins de désir, moins d'excitation sexuelle, etc.) et plus d'attitudes négatives envers la sexualité que les femmes de groupes témoins (Gates, & Galask, 2001; Meana et al. 1997b; Reed, Advincula, Fonde, Gorenflo, & Haefner, 2003;). Jantos, & White (1997; 1998) ont trouvé que 91% des femmes souffrant de vestibulodynie rapportent une diminution de l'intérêt sexuel, du désir, de l'excitation, et de la fréquence sexuelle. Parmi ces mêmes femmes, 95% associent la douleur avec l'activité sexuelle. De plus, ces femmes tendent à refuser davantage les avances du partenaire et rapportent plus d'émotions négatives (p.ex., peur, dégoût, culpabilité) comparativement à des données normatives. D'autre part, dans une recherche récente, les femmes présentant des douleurs vulvaires rapportaient une détérioration de leur vie sexuelle et amoureuse, ainsi qu'une faible estime de soi (Gordon, Panahian-Jand, McComb, Melegari, & Sharp, 2003). Reissing et ses collègues (2003) ont également obtenu des résultats semblables, mais cette fois-ci avec un groupe témoin ne présentant pas de douleurs vulvo-vaginales. Selon cette étude, les femmes souffrant de la vestibulodynie présenteraient un niveau de fonctionnement sexuel plus faible mais elles n'auraient pas un schéma de soi sexuel plus négatif que les femmes sans douleur. Toutefois, plusieurs autres études sont venues confirmer la présence d'un schéma de soi sexuel plus négatif chez les femmes souffrant de la vestibulodynie (Gates, & Galask, 2001 ; Reed et al., 2003; Sackett, Gates, Heckman, Mee-Ran Kobus, & Galask, 2001). En résumé, les études portant sur le fonctionnement sexuel des femmes atteintes de vestibulodynie effectuées jusqu'à maintenant n'ont été que de nature descriptive, c'est-à-dire qu'aucun facteur pouvant contribuer à la variation du fonctionnement sexuel d'une patiente à l'autre n'a été identifié. Pourtant, il est clair qu'à douleur

égale, les femmes ne sont pas toutes affectées dans leur sexualité au même degré. Les résultats d'autres études rapportées dans le domaine de la douleur chronique suggèrent que les facteurs psychosociaux expliquent une grande proportion de la variance dans la fonctionnalité des patients, et ce indépendamment du degré de douleur (Block, Kremer, & Gaylor, 1980; Flor, Kerns, & Turk, 1987; Kielcolt-Glazer, & Newton, 2001; Romano, 1995; Schiaffino, & Revenson, 1995; Turk, & Feldman, 1992). Ainsi, ces dernières recherches justifient l'importance d'examiner les variables psychosociales (p.ex., le type d'attributions) de la femme envers sa douleur et l'impact de ces dernières sur la variance dans la fonctionnalité des patientes (p.ex., le fonctionnement psychosexuel), et ce peu importe les variations d'intensité de leur douleur.

D'autres recherches ont tenté d'identifier la présence de détresse psychologique chez les femmes souffrant de dyspareunie mais les résultats demeurent mitigés. Par exemple, les études comportant un outil de mesure non standardisés montrent que les femmes rapportent une détérioration de leur bien-être général (de Jong, van Lunsen, Robertson, Stam, & Lammes, 1995) et 26% des femmes rapportent un niveau de détresse cliniquement significatif (Brotto, Basson, & Gehring, 2003) tandis que les études ayant des questionnaires standardisés n'ont pas démontré une différence significative entre les femmes souffrant de douleur vulvo-vaginale et celles d'un groupe contrôle quant à leur détresse psychologique (Danielsson, Sjöberg, & Wikman, 2000; Meana et al., 1997; Reed, Haefner, Punch, Roth, Gorenflo, & Gillespie, 2000; Reissing et al., 2003). Une seule étude contrôlée et rigoureuse sur le choix des instruments de mesure rapporte que les femmes atteintes de vestibulodynie présentent plus de détresse psychologique que les femmes du groupe témoin (Gates, & Galask, 2001). Règle générale, les études précédentes ne permettent pas de conclure à la présence de détresse psychologique chez les femmes souffrant de vestibulodynie et n'expliquent pas non plus les mécanismes par lesquels cette détresse pourrait influencer la douleur. Par ailleurs, une dizaine d'études se sont penchées sur la dépression, variable plus spécifique que la détresse psychologique, et

elles ont permis d'établir qu'entre 39% à 60% des femmes souffrant de vestibulodynie se disent déprimées, présentent une faible estime de soi (de Jong et al., 1995; Jantos, & White, 1997; Sackett, Gates, Heckman-Stone, Kobus, & Galask, 2001; Schover, 1995) et rapportent des résultats plus élevés aux échelles de dépression qu'un groupe de femmes témoins (Gates, & Galask, 2001; Hallam-Jones, Wylie, Osborne-Cribb, Harrington, & Walters, 2001; Lundqvist, & Berdahl, 2003; Reed et al., 2000). Ces derniers résultats portent à croire que les femmes atteintes de vestibulodynie vivent plus de dépression que la population générale (sans douleur vulvo-vaginale). Toutefois, d'autres études scientifiques seront nécessaires afin de déterminer les facteurs impliqués dans la modulation de la dépression au sein des femmes souffrant de vestibulodynie.

Par ailleurs, il semblerait que la majorité des femmes (32%-50%), atteintes de la vestibulodynie, rapporte vivre de l'anxiété (Jantos, & White, 1997; Sackett, et al., 2001). Qui plus est, comparativement à une population normative (sans douleur sexuelle), les femmes vivant avec un problème de vestibulodynie éprouveraient davantage d'anxiété phobique (Brotto et al., 2003). Enfin, aucune différence significative n'a été observée en ce qui a concerné la présence d'anxiété de trait et d'état chez ces femmes (Payne et al., 2007). Deux études contrôlées ont également tenté de vérifier l'hypothèse selon laquelle des traits de personnalité spécifiques pouvaient prédisposer certaines femmes à ressentir davantage de douleur. Leurs résultats indiquent que les femmes du groupe vestibulodynie ne se distinguent pas de celles du groupe témoin au niveau de la personnalité, sauf en ce qui concerne le trait « harm-avoidance » (tendance à éviter les dangers). Une étude contrôlée et rigoureuse au plan méthodologiques (Granot, 2005) a également démontré que ces femmes obtiennent des scores plus élevés en ce qui concerne ce trait de personnalité spécifique, mais aussi à la sous-échelle mesurant le trait de personnalité « reward dependent » (dépendance aux renforcements). De plus, des analyses corrélationnelles subséquentes indiquent que des scores élevés sur ces deux traits de personnalité sont associés à des seuils de douleur plus bas pour ces femmes.

De plus, quelques études ont démontré la présence d'un ajustement dyadique plus pauvre chez un groupe de femmes souffrant de vulvodynie (douleur vulvaire généralisée) et de vestibulodynie comparativement à un groupe de femmes ne présentant pas de problème de douleur (Hallam-Jones et al., 2001). Cependant, d'autres études ont obtenues des résultats contradictoires, mais ceux-ci peuvent s'expliquer par la constitution hétérogène des échantillons (Meana et al., 1997; Reed et al., 2000; Reissing et al., 2003). Gordon et ses collègues (2003) ont effectué un sondage Internet chez les femmes ayant un problème de douleur vulvo-vaginale et 65% d'entre elles affirment que le soutien et la compréhension du partenaire améliore la gestion de leur douleur. D'autres chercheurs ont observé une association négative entre les degrés de satisfaction conjugale et de douleur, où un faible ajustement dyadique était corrélé à une plus grande intensité de douleur chez la femme (Meana, Binik, Khalife, & Cohen, 1998; 1999). Les quelques recherches sur l'ajustement dyadique mettent en lumière l'importance d'étudier de façon plus rigoureuse le rôle des variables psychosociales impliquées (p.ex., les attributions) dans les variations de la détresse conjugale de ces femmes.

En conclusion, le petit nombre d'études ayant été publiées dans le domaine psychosocial présentent certaines faiblesses méthodologiques, notamment l'absence de groupe témoin, l'utilisation de mesures non-validées, l'hétérogénéité des problèmes de douleur étudiés, et des échantillons restreints. Devant ces constats, une étude rigoureuse examinant la contribution relative de certaines variables psychosociales dans l'expérience de la vestibulodynie et la détresse psychosexuelle associée comblerait une lacune majeure dans la documentation scientifique, soit le besoin d'études étiologiques visant à identifier les déterminants psychosociaux de l'expérience de la douleur et de l'adaptation psychosexuelle chez les femmes souffrant de dyspareunie et leurs partenaires.

3. Attributions

Lorsqu'une personne obtient un diagnostic de maladie physique ou de problème de santé mentale, l'interrogation primaire venant à l'esprit est 'pourquoi ?'. Selon Shilow, Rhashuk-Rosenthal, & Benyamini (2002), ces personnes tendent alors à s'engager dans des activités attributionnelles pour essayer de restaurer une vision du monde plus cohérente, cohésive et prédictive. Il s'agit d'une tendance qui s'accroît selon la gravité de l'événement ou de la maladie. Les gens utilisent le questionnement heuristique ou attributionnel lorsqu'ils font face à un échec ou à un stress afin d'obtenir une explication (Wong, & Weiner, 1981). Il n'est pas surprenant de constater que 70% à 95% des individus rapportent avoir des attributions causales à propos de leur maladie (Turnquist, Harvey, & Andersen, 1988).

3.1 Les dimensions des attributions et le style attributionnel

En psychologie sociale, le type d'attributions est étudié selon trois dimensions (Hooley, & Licht, 1997). L'une de ces dimensions est l'internalité /l'externalité, où l'individu se questionne à savoir si la cause du problème est d'origine personnelle (interne) ou si elle a trait à une situation extérieure (externe). La dimension globale /spécifique renvoie à une conceptualisation de la cause du problème comme influençant d'autres résultats (globale) ou comme faisant simplement l'objet de quelques situations spécifiques (spécifique). Une dernière dimension représente la stabilité/ l'instabilité, soit une forte probabilité que la cause du problème soit applicable une prochaine fois dans des circonstances similaires (stable) ou une faible probabilité d'obtenir les mêmes résultats (instable).

Par ailleurs, plusieurs études ont démontré que la responsabilité du partenaire (attribution de responsabilité envers le/la partenaire) semble être la quatrième dimension à considérer dans l'interprétation causale de la maladie. Graff-Low, Thoresen, Patillo, & Fleischman (1993) ont trouvé une association entre la maladie coronarienne chez la femme et son style attributionnel, où une large proportion de récurrence du problème coronarien est observée chez les femmes qui attribuaient

l'infarctus à des problèmes maritaux. Une autre étude conduite par Arejford, Hallaraker, Havik, & Maeland (2002) suggère que les femmes de patients souffrant d'infarctus du myocarde qui attribuent la maladie à la personnalité de leur mari présentent un ajustement émotionnel plus pauvre, tout comme leur partenaire. Les attributions de responsabilité du partenaire se distinguent des attributions externes car ces dernières impliquent que la cause d'un problème soit reliée aux autres personnes ou aux circonstances d'ordre plus générale.

Un théoricien dans le domaine des attributions a affirmé que les gens sont constants dans le type d'attributions causales utilisées selon les différentes situations (Weiner, 1986). Un style attributionnel positif prédit de meilleures stratégies d'adaptation. Le style attributionnel positif est l'interprétation d'un événement négatif comme étant instable, spécifique et externe et l'interprétation d'un événement positif comme étant stable, global et interne. À l'opposé, un style attributionnel négatif est l'interprétation d'un événement négatif comme étant stable, global, et interne, alors qu'un événement positif est perçu comme étant externe, spécifique et instable. Ce type d'interprétation est plus souvent associé à la dépression et à un sentiment d'impuissance (Peterson, & Seligman, 1987; Poon, & Lau, 1999). Ce style attributionnel indésirable est également plus souvent relié à davantage de problèmes physiques et psychologiques (Dua, 1995). Cette même étude aurait démontré qu'une plus grande quantité d'attributions globales face à la maladie prédirait une moins bonne santé physique et psychologique future (Dua, 1995). De plus, une tendance à formuler des attributions stables prédirait une augmentation de l'incapacité physique perçue par des patients souffrants d'arthrite rhumatoïde (Hommel, Chaney, Mullins, Palmer, Wees, & Klein, 2000).

3.2 Les attributions et la maladie/douleur chronique

Plusieurs études documentent l'association entre les attributions de la maladie et les effets négatifs sur la santé physique (Agrawal, & Dalal, 1993; Bar-On, Gilutz, Maynon, Ziberman, & Cristal, 1994; Billings, Bar-On, & Rehnquist, 1997; Chalder,

Power, & Wessely, 1996). Les attributions causales ont aussi été étudiées en lien avec les comportements de santé préventifs (de Valle, & Norman, 1992; Green, & McManus, 1995; Lau, & Hartman, 1983; Senior, Marteau, & Peters, 1999; Sciaffino, & Revenson, 1992; Timko, & Janoff-Bulman, 1985; Weinman, Petrie, Sharpe, & Walker, 2000). De plus, les attributions causales ont été démontrées comme étant d'importants déterminants cognitifs de l'ajustement à la maladie et à la douleur chronique (Affleck, Pfeiffer, Tennen, & Fifiield, 1987; Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 1997; Cope, David, & Mann, 1994; Fortune, Richards, Main, & Griffith, 2000; Mickelson, Wrobbles, & Helgeson, 1999; Moss-Morris, Petrie, & Weinman, 1996). Enfin, certains auteurs prétendent que les attributions peuvent aider la sélection d'un traitement approprié et l'émergence de mesures favorisant la prévention et le maintien des acquis thérapeutiques (Leventhal, & Leventhal, 1997).

Selon Nielson et MacDonald (1988), les attributions internes chez les personnes paralysées suite à une lésion de la moëlle épinière prédisent un moins bon ajustement (stratégies d'adaptation moins efficaces) que ceux qui utilisent des attributions externes. Chez les femmes souffrant de troubles alimentaires ou de vulvodynie (terme général désignant les douleurs vulvaires), un haut degré de blâme personnel (attributions internes) est aussi associé à une diminution du fonctionnement physique, émotionnel et social (Masheb, Grilo & Brondolo, 1999). Par ailleurs, quelques recherches portent à croire que l'émission d'attributions externes se révèle être une stratégie cognitive peu efficace dans le rétablissement de la maladie et dans la résolution d'une problématique. Ainsi, Williams, Evans, Needham, & Wilson (2002) ont observé que l'augmentation de la sévérité des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique est associée aux attributions externes effectuées envers autrui pour tenter d'expliquer l'événement stressant. Dans la même lignée, une étude a exploré la relation entre la maladie coronarienne et le style attributionnel des femmes atteintes de cette maladie. Devant cette maladie chronique, environ 19,3% de ces femmes tendent à identifier la cause primaire de la maladie en blâmant l'entourage. Plus spécifiquement, on assiste à une large récurrence du problème lorsque ces

femmes attribuent les infarctus à des problèmes maritaux (Graff-Low, Thoresen, Patillo, & Fleischman, 1993). Ces auteurs stipulent que les femmes ayant des attributions internes, dirigées vers soi, auront de meilleures stratégies d'adaptation face à la maladie chronique. Il semblerait que le fait de se blâmer amènerait ces femmes à adopter des comportements plus sains en lien avec la santé physique et psychologique.

Enfin, les attributions externes où l'individu remet le blâme de sa condition sur une autre personne peuvent être adaptatives, mais uniquement à court terme. Elles permettent ainsi au patient de transférer temporairement la responsabilité sur quelqu'un d'autre en lui laissant le temps de se réapproprier graduellement un rôle plus actif tout en acceptant sa propre part de responsabilité (Turnquist, Harvey, & Andersen, 1988). Cependant, règle générale, le blâme d'autrui (attributions externes) réduit la capacité de l'individu à utiliser des stratégies d'adaptation positives; il prédit également un ajustement psychologique et émotionnel pauvre et une plus grande détérioration de la condition physique (Tennen, & Affleck, 1990; Turnquist, Harvey, & Andersen, 1988).

Il existe ainsi une controverse quant à la dimension internalité/externalité où les attributions internes envers un problème personnel seraient tantôt adaptatives, et parfois au contraire très néfastes. L'explication la plus souvent citée pour démystifier ces résultats contradictoires est que la nature de la maladie ou de l'événement négatif détermine l'impact des attributions internes sur l'ajustement de l'individu (Sensky, 1997). Ainsi, dans une perspective étiologique, le blâme personnel peut être clairement plus approprié dans certaines maladies plutôt que dans d'autres. Par exemple, dans le cas d'un accident d'automobile, il est plus adaptatif de se croire responsable afin de percevoir plus de contrôle sur sa capacité future à éviter ce genre de situations à nouveau (Brewin, 1994; Bullman, & Wortman, 1977). Aussi, chez les patients ayant souffert d'un infarctus, ceux qui croient avoir contribué personnellement à l'apparition de leur infarctus présentent une meilleure motivation et réadaptation (Michela, & Wood, 1986). Dans le cas des maladies chroniques, des

considérations similaires ne semblent pas s'appliquer puisque la chronicité de la problématique entraîne systématiquement un manque de contrôle sur la condition et que si l'individu se culpabilise dans cette situation, il se blâmera personnellement à plus d'une reprise (Sensky, 1997). De plus, l'expérience répétitive du blâme personnel amène ce qu'on appelle un blâme caractériologique qui est associé à un état permanent de dépression (Turnquist, Harvey, & Andersen, 1988).

La vestibulodynie est un problème de douleur chronique où les comportements de santé préventive ne s'appliquent pas ou très peu. En effet, il serait difficile de comparer la vestibulodynie à un problème de cancer du poumon où l'individu peut adopter des stratégies d'adaptation saines et où il détient un certain contrôle personnel, par exemple, la cessation du tabagisme. Ainsi, à la lumière des études précédemment mentionnées, nous pouvons croire que si les femmes souffrant de vestibulodynie tendent à se blâmer pour leur douleur (attributions internes), si elles tendent à blâmer leur partenaire (attributions de responsabilité envers le partenaire) et si elles croient que leur douleur affecte toutes les dimensions de leur vie (attributions globales) et qu'elle sera toujours présente (attributions stables), elles auront significativement plus de douleur ainsi que de détresse psychologique, conjugale et sexuelle.

3.3 Les attributions et l'ajustement dyadique

Plusieurs études ont tenté d'élucider le rôle des attributions au sein des relations conjugales. Ainsi, McNulty, & Karney (2001) ont évalué comment les partenaires dans une relation intime et leurs perceptions spécifiques des aspects de la relation, ainsi que ceux plus globaux, peuvent former un tout cohérent. Srull, Lichtenstein, & Rothbart (1985) conçoivent que lorsque survient un événement spécifique négatif, les couples ayant une perception globale et positive seront plus enclins à se réconcilier afin de minimiser l'ampleur de l'événement négatif. Donc, afin de favoriser l'ajustement dyadique, les partenaires auront intérêt à entretenir une vision plus globale du couple puisque les attributions sont directement associées à

l'évaluation de la qualité maritale (Bradbury, & Fincham, 1990). Selon ces auteurs, il faut préserver la stabilité des évaluations globales qui sont identifiées comme étant un processus adaptatif. Holtzworth-Munroe, & Jacobson (1985) ont aussi confirmé que les couples en détresse, lors d'une situation non familière, vont adopter un style attributionnel beaucoup plus négatif envers le partenaire comparativement à des couples satisfaits. À cet effet, les attributions sont des facteurs cognitifs qui jouent un rôle primordial dans l'initiation et le maintien de la détresse maritale (Baucom, Wheeler, & Bell, 1984; Doherty, 1982; Eidelson, & Epstein, 1982; Epstein, & Eidelson, 1981; Fincham, 1985a; Fincham, & O' Leary, 1983; Holtzworth-Munroe, & Jacobson, 1985; Jacobson, & McDonald, Follette, & Berley, 1985; Madden, & Janoff-Bulman, 1981.) Ainsi, les attributions externes envers le partenaire varient en fonction de la satisfaction maritale (Fincham, Beach, & Baucom, 1987). Un portrait commun s'est dressé au fil des recherches concernant le fonctionnement de ces couples. Les couples en détresse vont attribuer les causes du comportement négatif du partenaire d'une manière interne, stable et globale, tandis que les comportements positifs du partenaire seront interprétés comme étant externes, instables et spécifiques (Baucom et al., 1982; Fincham, 1985a; Fincham, & O' Leary, 1983; Holtzworth-Munroe, & Jacobson, 1985; Jacobson et al., 1985). Ainsi, les couples vivant de la détresse conjugale tendent à maximiser l'impact des comportements négatifs du partenaire. Ils discréditent tout le côté positif des comportements de l'autre pour mieux focaliser sur les gestes négatifs de celui-ci. Ces perceptions résultent en une augmentation de la réciprocité en ce qui a trait à l'échange des comportements négatifs au détriment de l'échange de renforçateurs positifs (Gottman, 1979; Patterson, 1982). Par ailleurs, les attributions de responsabilité envers le partenaire pour un comportement négatif et pour l'insatisfaction conjugale permettent de prédire l'insatisfaction conjugale douze mois plus tard, et ceci peu importe le degré de satisfaction initial des couples (Fincham, Bradbury, & Thomas, 1988).

À cet effet, nous pourrions présager la même situation chez les femmes souffrant de vestibulodynie et leurs partenaires où les attributions externes (blâme)

envers le ou la partenaire prédiraient une détresse maritale, psychologique et sexuelle plus élevée.

3.4 Les attributions et la sexualité

Deux études ont examiné les effets des attributions causales sur le fonctionnement sexuel des hommes ayant un trouble érectile (Scepkowski, Wiegel, Bach, Weisberg, Brown, & Barlow, 2004; Weisberg, Brown, Wincze, & Barlow, 2001). Les attributions internes et stables envers la difficulté érectile étaient reliées à une plus faible capacité érectile durant le visionnement d'un film érotique, suggérant ainsi que les attributions peuvent jouer un rôle dans le développement et le maintien de la dysfonction sexuelle. Les attributions négatives (internes, globales et stables) sont caractérisées par le maintien des anticipations négatives envers les situations impliquant des performances sexuelles et possiblement par une vision pessimiste de tous les événements sexuels (Abrahamson, Barlow, Beck, Sakheim, & Kelly, 1985). En ce qui concerne les femmes souffrant de vestibulodynie, des études ont démontré qu'elles éprouveraient un niveau élevé d'anxiété envers la sexualité (Meana et al. 1997b), un schéma sexuel de soi négatif (Gates, & Galask, 2001), ainsi que plus d'émotions négatives envers elles-mêmes et envers les situations sexuelles (Reed, Advincula, Fonde, Gorenflo, & Haefner, 2003).

Il serait intéressant de vérifier les contributions relatives des attributions de la douleur vulvo-vaginale sur le fonctionnement sexuel des femmes atteintes de vestibulodynie. À cet effet, une première recherche a démontré que comparativement à des attributions d'ordre biomédical, les attributions d'ordre psychosocial des femmes atteintes de dyspareunie sont associées à des degrés plus élevés de douleur et de détresse psychologique, conjugale et sexuelle (Meana et al., 1999). Toutefois, cette étude n'a pas déterminé si les attributions peuvent prédire précisément l'intensité de la douleur, de la détresse psychologique, conjugale et sexuelle. Bien qu'il s'agisse d'une première étude intéressante portant sur les attributions, elle présentait certaines failles méthodologiques dont l'absence d'une mesure validée des

attributions; en effet, cette étude ne comportait qu'une seule question 'maison'. De plus, elle n'incluait pas toutes les dimensions communes à l'étude des attributions (interne-externe, stable-instable, spécifique-globale).

4. Les attributions des partenaires

Parallèlement, d'autres recherches sont venues clarifier le rôle exercé par les attributions des professionnels de la santé, de la famille ou du partenaire conjugal envers la personne malade. Il a été démontré que si une personne est perçue comme étant responsable de sa douleur, elle sera alors évaluée comme présentant un faible degré de sévérité des symptômes de douleur en comparaison avec les personnes qui sont perçues comme étant victimes des circonstances entourant l'avènement de leur douleur (Bordieri, Comminel, & Drehmer, 1989; Gruman, & Sloan, 1983; Schwarzer, & Weiner, 1991, Sigelman, 1991). Lorsque le patient vit une relation affective négative avec une personne de son entourage, cette dernière tend à banaliser les symptômes du patient (Tait, & Chibnall, 1994). Il s'agit du même processus de banalisation ou d'ignorance des symptômes quand la douleur du patient n'est pas appuyée de preuves médicales (Tait, & Chibnall, 1994).

Par ailleurs, une autre recherche portant sur les hommes dépressifs révèle que les épouses qui auraient un niveau élevé de critiques attribueraient davantage les symptômes et les comportements négatifs du patient à des facteurs qui sont contrôlables et personnels au patient même. La perception de ces femmes implique que les patients sont entièrement responsables de leurs difficultés. Cette association entre la critique, l'hostilité et la quantité d'attributions internes émises envers la personne malade invoque chez cette dernière la notion de contrôle et de responsabilité de sa condition problématique, mais surtout l'érosion de sa principale source de soutien social (Hooley, & Licht, 1997). Une autre étude a obtenu des résultats similaires chez les épouses des patients ayant récemment vécu un infarctus. Ainsi, si les femmes attribuaient l'infarctus de leur mari à des stressors ou à la personnalité de celui-ci (attributions externes), elles présentaient un ajustement émotionnel plus

pauvre, tout comme leur partenaire (Arefjord, Hallaraker, Havik, & Maeland, 2002). Enfin, très peu d'études ont porté sur l'influence des attributions des partenaires sur la symptomatologie du patient. Cependant, plusieurs études ont clarifié le rôle des attributions familiales envers la schizophrénie. Par exemple, Weisman, López, Karno, & Jenkins (1993) ont permis d'établir le style attributionnel des familles comprenant un membre schizophrène. Encore une fois, la présence de commentaires critiques de la famille suggère une vision pessimiste de la maladie et la croyance que les symptômes résident dans le contrôle personnel du patient. Les familles qui croient que le patient a le contrôle tendent à exprimer des émotions beaucoup plus négatives envers le patient telles que la colère et l'indifférence. Qui plus est, une étude de Robinson (1996) corrobore ces résultats et stipule que les attributions causales sont des mécanismes d'adaptation qui permettent de prédire le rétablissement du patient, la qualité de sa relation conjugale, de même que sa dynamique familiale. Enfin, une autre recherche a permis d'établir que des commentaires critiques de l'entourage, de l'hostilité, et un surinvestissement émotionnel sont tous des facteurs de risque de rechutes chez les patients schizophrènes (Brewin, 1994).

Ainsi, dans le cas de la dyspareunie où les signes et symptômes physiques (autre que l'expérience de la douleur) sont difficiles à identifier sur le plan médical, il est possible que certains partenaires amoureux soient enclins à diminuer l'ampleur du problème et de la souffrance qui en découle, et par conséquent à blâmer davantage la femme. Les études précédentes ont démontré que l'action de blâmer la personne malade entraînerait une plus grande quantité de comportements hostiles, de colère et voire même d'indifférence chez les partenaires. Ces comportements négatifs du partenaire peuvent être des modulateurs importants de la symptomatologie de la femme souffrant de la douleur chronique (Turk, & Feldman, 1992). Spécifiquement, dans un contexte de vestibulodynie, il a été démontré que des comportements d'hostilité chez le partenaire homme prédisaient un degré élevé de douleur pour la femme durant les relations sexuelles (Desrosiers, Bergeron, Meana, Leclerc, Binik, & Khalifé, 2008).

Par ailleurs, il serait pertinent d'étudier le lien entre les attributions du partenaire, la douleur de la femme, et l'adaptation psychosexuelle de chacun des membres du couple. Ainsi, l'émission d'attributions négatives (internes, globales, stables) par l'homme, pourrait prédire une augmentation de la douleur de la femme ainsi que de la détresse psychologique, conjugale et sexuelle de chacun des membres du couple. De plus, nous pourrions croire que plus l'homme effectue des attributions de responsabilité envers sa partenaire féminine, plus il présentera des symptômes de détresse psychologique, sexuelle et conjugale.

4. Objectifs

L'objectif principal de la présente thèse doctorale est d'évaluer le rôle des attributions dans l'expérience de la douleur vulvo-vaginale auprès d'une population de femmes souffrant de vestibulodynie. Plus précisément, cette recherche comprend deux objectifs distincts : (1) Déterminer le rôle des attributions de la femme dans l'expérience de sa douleur ainsi que dans son fonctionnement sexuel, dyadique et psychologique (étude 1); (2) Examiner l'influence des attributions du partenaire sur la douleur et le fonctionnement sexuel de la femme, ainsi que sur son propre fonctionnement sexuel, dyadique et psychologique et sur sa satisfaction sexuelle (étude 2). Les hypothèses suivantes sont postulées :

5. Hypothèses

5.1 Article 1 (les femmes)

- 1) Le type d'attributions (internes-externes, stables-instables, globales-spécifiques) émis par les femmes pour expliquer leur vestibulodynie prédira l'intensité de la douleur, la détresse psychologique, l'ajustement dyadique et le fonctionnement sexuel. Ainsi, l'émission d'attributions négatives (internes, globales, stables) prédira une intensité de la douleur et de la détresse psychologique plus élevée, ainsi qu'un ajustement dyadique et un fonctionnement sexuel plus compromis.

- 2) L'émission d'attributions de responsabilité envers le partenaire (homme) prédira également une intensité de la douleur et de la détresse psychologique plus élevée, ainsi qu'un ajustement dyadique et un fonctionnement sexuel plus compromis chez les femmes atteintes de vestibulodynie.

5.2 Article 2 (les hommes)

- 1) Le type d'attributions (internes-externes, stables-instables, globales-spécifiques) émis par les hommes pour expliquer la vestibulodynie de leur partenaire féminine prédira la détresse psychologique, l'ajustement dyadique, le fonctionnement et la satisfaction sexuel de ces hommes, de même que la douleur et le fonctionnement sexuel des femmes. Ainsi, l'émission d'attributions négatives (internes, globales, stables) prédira une intensité de la douleur plus élevée et un moins bon fonctionnement sexuel chez la femme, ainsi qu'une plus grande détresse psychologique et un plus faible ajustement dyadique et sexuel (fonctionnement et satisfaction) chez l'homme.
- 2) L'émission d'attributions de responsabilité envers la partenaire (femme) prédira également une intensité de la douleur plus élevée et un moins bon fonctionnement sexuel chez la femme, ainsi qu'une plus grande détresse psychologique et un plus faible ajustement dyadique et sexuel (fonctionnement et satisfaction) chez les hommes dont la femme est atteinte de vestibulodynie.

6. Étude principale

Le présent projet s'inscrit dans une autre étude plus vaste qui constitue un essai clinique bi-centrique à répartition aléatoire. La chercheure principale de cette étude est Sophie Bergeron, Ph.D. et ses collaborateurs sont les Dr Samir Khalifé, Dre Marie-Josée Dupuis ainsi que Irv Binik. Cette étude vise à évaluer l'efficacité de la Thérapie Cognitivo-comportementale de Soulagement de la Douleur (TCSD) pour la vestibulite vulvaire – nouvellement nommée la vestibulodynie provoquée – en comparaison avec un groupe recevant un traitement médical habituel, soit une crème

à base de corticostéroïdes. Les participantes sont évaluées au prétraitement, post-traitement, ainsi que six mois post-traitement. Les données de la présente thèse doctorale ont été recueillies à l'évaluation pré-traitement.

CHAPITRE II

PREMIÈRE ÉTUDE

Attributions as predictors of psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia

(Accepté, en révision pour le périodique: Archives of Sexual Behavior)

(Running head: Vestibulodynia Attributions)

Mélanie Jodoin, B.Sc.^{1,2}, Sophie Bergeron, Ph.D.^{1,2}, Samir Khalifé, MD³, Marie-José Dupuis, MD⁴, Geneviève Desrochers, B.Sc.^{1,2}, Bianca Leclerc, B.Sc.¹

09-06-0909-06-0909-06-09_____

¹ Department of Sexology, Université du Québec à Montréal (UQAM), Montréal, Canada

² Sex and Couple Therapy Service, Department of Psychology, McGill University Health Centre (Royal Victoria Hospital), Montréal, Québec, Canada

³ Department of Obstetric and Gynecology, Jewish General Hospital, Montréal, Canada

⁴ Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) -Pavillon Saint-Luc, Montréal, Canada

Address reprint requests to:

Mélanie Jodoin, B.Sc., Ph.D candidate (Psychology-Research/Intervention program)

Department of Sexology

Université du Québec à Montréal

C.P. 8888, succursale Centre-Ville

Montréal, Québec, Canada H3C 3P8

Tel.: +1 514 9873000 2102

Fax: +1 514 9876787

E-mail: melaniejodoin@videotron.ca. running head: Vestibulodynia Attributions

Abstract

The goal of the present study was to determine whether causal attributions for vulvo-vaginal pain predicted pain intensity, as well as psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia. Seventy-seven women with vestibulodynia completed measures of attributions, pain, psychological distress, sexual functioning, and dyadic adjustment. They also took part in a structured interview and a gynaecological examination for diagnostic purposes. Results show that after controlling for pain intensity and relationship duration, internal attributions predicted higher dyadic adjustment, and global and stable attributions predicted lower dyadic adjustment. Additionally, global and stable attributions contributed to higher psychological distress, whereas global attributions also predicted increased sexual impairment. However, attributions were not significantly correlated with pain outcomes. Findings suggest that cognitive factors such as attributions may influence psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia. Results also highlight the importance of adhering to a biopsychosocial perspective focusing on pain reduction, sexual rehabilitation and relationship enhancement in the treatment of dyspareunia.

KEY WORDS: vestibulodynia, dyspareunia, vulvodynia, attributions, psychosexual functioning.

Attributions as predictors of psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia

One out of five women under the age of 30 suffers from painful intercourse, or dyspareunia (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Vestibulodynia, formerly called “vulvar vestibulitis syndrome” (VVS) (Moyal-Barracco & Lynch, 2004), is suspected to be the most prevalent cause of dyspareunia in pre-menopausal women (Moyal-Barracco & Lynch, 2004; Friedrich, 1987; Goetsch, 1991; Meana et al., 1997a). A recent population-based study suggests that the lifetime cumulative incidence of vestibulodynia is 12% (Harlow & Stewart, 2003). It is characterized by a burning and/or cutting pain that is elicited via pressure to the vulvar vestibule or attempted vaginal penetration (Bergeron, Binik, Khalifé, Pagidas, & Glazer, 2001). Repercussions of this chronic recurrent pain problem are multiple and include an impairment in sexual functioning as well as reported increases in psychological and marital distress, in addition to diminished quality of life (Arnold, Bachmann, Rosen, Kelly, & Rhoads, 2006; Bergeron, Binik, Khalifé, & Pagidas, 1997; Meana, Binik, Khalifé, & Cohen, 1997b; Van Lankveld, Weijnenborg, & ter Kuile, 1996; White & Jantos, 1998; Danielsson, Sjöberg, & Wikman, 2000).

Although biomedical factors are thought to contribute to the pathophysiology of vestibulodynia, current conceptualizations of pain and sexual functioning suggest that these outcomes are multi-determined and hence best explained by multidimensional, biopsychosocial models (Melzack & Wall, 1982; Bergeron, Meana, Binik, & Khalifé, 2003; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004; Binik, 2005). More specifically, studies from the chronic pain field show that psychosocial determinants explain a great proportion of the variance (between 10-30%) in the functionality of patients, independent of their pain intensity (Kielcolt-Glazer & Newton, 2001; Block, Kremer, & Gaylor, 1980; Flor, Kerns, & Turk, 1987; Romano et al., 1995; Schiaffino & Revenson, 1995; Turk & Feldman, 1992). However, very few studies to date have focused on the psychosocial predictors of vestibulodynia and its associated

psychosexual sequelae. The role of cognitive factors in particular has been under-investigated.

When diagnosed with a medical problem, one of the first interrogations that may come to mind is “why?” Individuals tend to engage in a heuristic or attributional questioning as they try to restore a more coherent, cohesive and predictive world vision (Shiloh, Rashuk-Rosenthal, & Yael, 2002). Such causal attributions have been shown to be important cognitive determinants of adjustment to illness and chronic pain (Affleck, Pfeiffer, Tennen, & Fifield, 1987; Benyamini, Leventhal, & Leventhal, 1997; Cope, David, & Mann, 1994; Fortune, Richards, Main, & Griffith, 2000; Mickelson, Wrobbles, & Helgeson, 1999; Moss-Morris, Petrie, & Weinman, 1996). Attributions for illness have been found to be associated with negative health outcomes and poorer adjustment to medical conditions (Agrawal & Dalal, 1993; Bar-On, Gilutz, Maynon, Ziberman, & Cristal, 1994; Billings, Bar-On, & Rehnquist, 1997; Chalder, Power, & Wessely, 1996). Attributions have also been shown to play a major role in the initiation and maintenance of marital distress (Doherty, 1982; Eidelson & Epstein, 1982; Fincham, 1985; Fincham & O’ Leary, 1983; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985; Jacobson, McDonald, Follette, & Berley, 1985). Finally, there is some evidence that they may be involved in the development and maintenance of male sexual dysfunction (Scepkowski et al., 2004; Weisberg, Brown, Wincze, & Barlow, 2001).

Attribution theory suggests that individuals are fairly constant in the causal attribution dimensions that they use in various situations (Weiner, 1986). The first of these dimensions is internality/externality, whereby the individual questions himself as to whether the problem stems from a personal origin (internal) or is caused by an external situation (external). The second is the globality dimension, which refers to whether the problem influences other aspects of one’s life (global) or is simply related to a specific situation (specific). The last dimension concerns stability/instability, that is, the extent to which there is a strong probability that the

cause of the problem is applicable in similar circumstances (stable) or a weak probability of obtaining the same results in the future (unstable).

Moreover, some studies have shown that partner responsibility (partner attributions) may be a fourth dimension to consider in illness interpretation. Graff-Low, Thoresen, Patillo, & Fleischman (1993) found a relationship between coronary heart-disease and attributional style in women, where the largest proportion of recurrences occurred in women attributing their infarctus to marital problems. Another study conducted by Arefjord, Hallaraker, Havik, & Maeland (2002) suggested that in wives of myocardial infarction (MI) patients, attributing the MI to husband personality was associated with worse emotional adjustment for both members of the couple.

In addition to attributions being categorized along the above dimensions, authors postulate the existence of positive and negative attributional styles (Poon and Lau, 1999). A positive attributional style reflects the interpretation of a negative event as being unstable, specific and external, and the interpretation of a positive one as stable, global and internal. In an opposite fashion, individuals with a negative attributional style will tend to view negative events as stable, global, and internal, and positive ones as external, specific and unstable. Such a negative style has been associated with depression and feelings of helplessness (Peterson & Seligman, 1987; Poon & Lau, 1999). It has also been shown to predict poor psychological adjustment to illness (ex. Heart diseases, serious injury, etc) and a greater deterioration of physical status during illness (Turnquist, Harvey, & Andersen, 1988; Tennen & Affleck, 1990).

To date, attributions were only the object of one study focusing on female sexual dysfunction - dyspareunia. Meana, Binik, Khalifé, and Cohen (1999) found that comparatively to biomedical attributions, psychosocial attributions for dyspareunia were associated with higher pain intensity as well as with increased psychological, dyadic and sexual difficulties. These exploratory findings suggest that what a woman believes to be the cause of her dyspareunia may play a role in the

experience of pain as well as in subsequent adjustment to the problem. However, this study comprised a non-validated measure of attributions (i.e., one single question) and contrasted “physical” versus “psychological” explanations for the pain rather than focusing on the traditional three dimensions of attributions (internality/globality/stability).

Thus, building on the preliminary work of Meana et al. (1999), the main objective of this study was to investigate the impact of causal attributions for vestibulodynia - the most frequent cause of dyspareunia - on pain intensity as well as psychosexual and relationship adjustment of affected women. We hypothesized that negative attributions (internal, stable, global and partner responsibility) would predict increased pain and poorer psychosexual and dyadic adjustment. Specifically, we predicted that the more women with vestibulodynia blamed themselves for their condition (internal attributions), blamed their partner (partner attributions), believed that the pain affected all dimensions of their life (global attributions) and that it would always be present (stable attributions), the worse pain, psychosexual and dyadic adjustment outcomes they would report.

Method

Participants

The present research was part of a larger study which aimed to evaluate the efficacy of cognitive-behavioral group treatment for vestibulodynia. This research was approved by our institution's ethics review board as well as by the two review boards of the university hospitals in which we conducted the study. Participants were recruited by 1) gynecologists working in two university hospitals of a large metropolitan area and 2) advertisements placed in various newspapers and women's magazines. Data collection took place over a two-year period and 77 participants (French or English) were selected from a pool of 93 women suffering from vestibulodynia. Inclusion criteria were the following: 1) pain during sexual intercourse for at least six months, during 75% or more of penetration attempts and causing subjective distress; 2) pain limited to vaginal penetration and to activities

with localized pressure on the vulvar vestibule (e.g.; bicycle); 3) severe pain (≥ 5 on a scale from 0 to 10) at one or more locations in the vulvar vestibule during a gynaecological examination involving the cotton swab test (cf. Section Measures). Exclusion criteria were: 1) vulvar pain not occurring during vaginal penetration or pressure applied to the vulvar vestibule; 2) presence of one of the following problems: a) psychiatric illness or severe medical condition (as measured by BSI), b) major infection, c) deep dyspareunia, d) vaginismus (as defined by DSM-IV-TR), and e) dermatological lesion; 5) currently undergoing treatment for vestibulodynia; 6) pregnancy 7) less than 18 years or more than 45 years. These selection criteria ensured a homogeneous participant pool of women with vestibulodynia.

Procedure

Women interested in participating in the study first contacted the research coordinator for an initial telephone screening. If a woman was not eligible to take part in the study, she was referred immediately to the gynecologists in the team. Eligible women took part in a gynecological examination, a structured interview and filled out questionnaires (French and English). All interviews were conducted by trained Ph.D. level research assistants and standardized gynecological examinations were performed by one of the two gynecologists in the team.

Structured interview: Sociodemographic information was collected via a structured interview. This interview also focused on the history of vulvar/pelvic pain and its associated medical aspects. Participants were asked to subjectively evaluate their pain during intercourse on a scale of 0 to 10 (Visual Analogue Scale-VAS) and establish the frequency of sexual intercourse per month.

Gynecological examination: A complete gynecological examination was performed according to a standardized protocol. This exam included the following procedures: (1) cervico-vaginal cultures in order to evaluate the presence of *Candida*, *Gardnerella*, and *Trichomonas*; (2) short interview about obstetric and gynecological history, medication, and pain during intercourse; (3) palpation with a finger of the following areas: vagina, uterus, and ovaries; (4) a regular bi-manual palpation of the

uterus and ovaries. Participants were also asked to evaluate their pain on a scale of 0 to 10 (cotton swab test, cf. Measures). A research assistant noted the participant evaluations on a standardized form. Moreover, any other physical anomaly was noted on this form, as well as the final diagnosis of the gynecologist. The main goal of this protocol was the assessment of gynecological status and the detection of exclusion criteria such as vaginismus, infections and other vulvar/pelvic pains.

Measures

Attributions

The Attributional Style Questionnaire (ASQ) by Peterson et al. (1982) is a 48-item self-report instrument designed to assess an individual's attributional style as either positive or negative, across a variety of hypothetical situations (Alloy, Peterson, Abramson, & Seligman, 1984). Based on the subscales that contain six of the twelve items in the questionnaire, internal consistency for the ASQ ranges from .44 to .69, with a mean of .54 (Peterson et al., 1982). The ASQ has satisfactory criterion (Eaves & Rush, 1984; Zullo, Oettingen, Peterson, & Seligman, 1988), convergent (Blaney, Behar, & Head, 1980), and discriminant validity (Peterson, Villanova, & Raps, 1985). We adapted the ASQ for use with a sample of participants suffering from dyspareunia. Our adaptation included 12 hypothetical situations describing a genital pain context. This measure required participants to evaluate the main cause of these situations. Four scores were derived from this scale: 1) Internality: I'm responsible for my pain, 2) Partner responsibility: my partner is responsible for my pain, 3) Globality: pain is affecting my entire life, and 4) Stability: pain will always be a part of my life. Each subscale was measured by a 7-point Likert scale (e.g., 1 = externality, 7 = internality). Lastly, since our questionnaire was also translated from English to French, we conducted factorial analyses, which confirmed that the factorial structure of the French version was similar to that of the original English version. As for reliability, we found good internal consistency estimates ($\alpha = 0.84-0.86$) for each subscale and for the total score.

Pain

Pain assessment was conducted using the following measures: 1) A “Visual Analogue Scale” (VAS) was included in the structured interview, with which the women indicated the intensity of their pain. Pain intensity was thus measured according to a scale from 0 to 10, where 0 represented an absence of pain and 10 constituted the worst pain ever experienced. This scale has been frequently used in research on chronic pain (Melzack, Katz, & Coderre, 1992). It has an excellent reliability (Cronbach $> .85$) and validity (Jensen, Karoly, & Braver, 1986).

2) The McGill-Melzack Pain Questionnaire (MPQ) (Melzack, 1975) is both a qualitative and quantitative measure of pain which includes 77 adjectives, three scales (sensory, evaluative, and affective) and three indices (pain rating index, number of words chosen and present pain index). This questionnaire has an excellent internal validity (Melzack, 1975) and also very good discriminant validity (Turk, Rudy, & Salovey, 1985). It has good test-retest reliability for each measured dimension (average consistency of 0.70) (Love, Leboeuf, & Crisp, 1989). In the present study, we used the French version of this questionnaire, which was validated by Boureau, Doubrère, and Gay (1984).

Psychological distress

Overall psychological distress was measured using the Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis & Melisaratos, 1983), a self-report measure with 53 items and nine dimensions of primary symptoms, including anxiety and depression, and three total indices of well-being used to evaluate general degree of psychological distress. The reliability (Chronbach’s alpha between 0.70 and 0.91) and validity of this inventory have been demonstrated with various populations (Derogatis, 1992) and also with a French-speaking population (Tatu, Pellet, Lang, & Pichon, 1994).

Sexual functioning

Global sexual functioning was measured by the Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et al., 2000), which comprises 19 items focusing on five dimensions of sexual function: a) desire and arousal, b) lubrication, c) orgasm d) satisfaction e) pain/discomfort. This index has very good psychometric qualities (Chronbach’s alpha

>.80), is easy to manage and discriminates clinical from non-clinical populations (Daker-White, 2002). Finally, this questionnaire was translated from English to French. Factorial analyses confirmed that the factorial structure of the French version was similar to that of the original English version. In addition, internal consistency was excellent ($\alpha = 0.92$).

Dyadic adjustment

The Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Spanier, 1976) was used to evaluate relationship adjustment according to the following dimensions: cohesion, consensus, satisfaction and affectional expression. This questionnaire is frequently used and many scientific studies have demonstrated its reliability (Chronbach's alpha between .73 and .96), validity and its capacity to distinguish distressed from non-distressed couples (Crane, Busby, & Larson, 1991; Sharpley & Cross, 1982; Spanier, 1988; Spanier & Thompson, 1982; Walker, Manion, Cloutier, & Johnson, 1992). In this study, a revised version of the Dyadic Adjustment Scale was used (Busby, Crane, Larson, & Christensen, 1995). This version has 14 items measuring four dimensions of relationship adjustment using a 5-point Likert scale (*always in agreement with* to *always in dissension*). This recent version was the object of some validation studies which suggest excellent validity and reliability (Busby, 1990; Busby et al., 1995; Hunsley, Pinsent, Lefebvre, James-Tanner, & Vito, 1995). This short version was validated with a French-speaking population and showed good reliability, validity and internal consistency (Sabourin, Valois, & Lussier, 2005).

Data Analysis

Statistical analyses were conducted using SPSS for Windows (version 14.0). All statistical tests were two-tailed, and $p < .05$ defined statistical significance. The bivariate associations between attributions and the potential covariates were determined using Pearson product-moment correlations. Hierarchical regressions were used to determine the bivariate associations between attributions, pain intensity, as well as psychosexual and dyadic adjustment.

Results

Study sample

Out of 93 participants suffering from vestibulodynia, 80 met the eligibility criteria and participated in the present study. A group of 13 women was excluded for presence of lichen sclerosis or another vulvo-vaginal condition (infections). Of the 80 remaining participants, three had missing questionnaire data, resulting in a final sample of 77. The summary statistics of variables measured can be found in Table 1. The choice of potential covariates included in the regressions analysis was based on correlations results and on previous studies on vestibulodynia that show a link between pain intensity or relationship duration and sexual functioning or psychological distress (Meana et al., 1997; Reed et al., 2000).

(INSERT TABLE 1 HERE)

Correlates of attributions

Correlational analyses were conducted between the sociodemographic variables and the other study variables. No significant associations were found except for relationship duration which was significantly correlated with dyadic adjustment ($r = -0.31$, $p < 0.05$) and with pain variables (VAS, $r = -0.31$, $p < 0.01$; MPQ, $r = -0.24$, $p < 0.05$). Higher relationship duration was associated with lower dyadic adjustment and lower level of pain. Pearson product-moment correlations were also computed among attributions, pain, psychological distress, sexual functioning and dyadic adjustment (see Table 2). A moderate relationship was found between pain and psychological distress ($r = 0.32$, $p < 0.01$), but none of the four attributional dimensions correlated with pain. Internal attributions correlated positively and significantly with dyadic adjustment ($r = 0.40$, $p < 0.01$). Partner responsibility attributions were not associated with any variables. Global attributions were significantly related to psychological distress ($r = 0.30$, $p < 0.01$), dyadic adjustment ($r = -0.41$, $p < 0.01$), and sexual functioning ($r = -0.23$, $p < 0.05$). Stable attributions correlated significantly with psychological distress ($r = 0.29$, $p < 0.01$), and dyadic

adjustment ($r = -0.38, p < 0.01$). No significant relationship was found between stable attributions and sexual functioning.

(INSERT TABLE 2 HERE)

Attributions as predictors of psychosexual and dyadic adjustment

Three hierarchical regression equations were used to examine the roles of internal, global and stable attributions in predicting pain as well as psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia. Predictor variables were internal, global and stable attributions. Relationship duration and pain intensity (*MPQ and VAS*) were controlled for in the analyses because they correlated with some of the outcome measures (psychological distress and dyadic adjustment). Predictor variables were thus entered in three blocks: 1) entered first was the block of relationship duration, 2) the pain intensity block was entered second, and 3) the third block was comprised of internal, global and stable attributions. Psychosexual and dyadic adjustment measures included participants' scores on the BSI, DAS, and FSFI. The pain measures consisted of the McGill Pain Questionnaire (MPQ) and the Visual Analogue Scale (VAS).

(INSERT TABLE 3 HERE)

Dyadic adjustment (DAS)

Relationship duration failed to significantly predict scores on the dyadic adjustment scale, $\Delta R^2 = 0.05$; $F(1, 72) = 3.586, p = 0.06$. The addition of the pain block did not result in a significant increase in the amount of variance explained, $\Delta R^2 = 0.04$; $F(3, 72) = 0.882, p = \text{ns}$. Adding the block of internal attributions, global attributions and stable attributions in the third step resulted in a substantial increase in the ability to predict dyadic adjustment, $\Delta R^2 = 0.30$; $F(6, 72) = 6.53, p < 0.001$. Specifically, internal attributions were found to be independent predictors of higher levels of dyadic adjustment, $\beta = 0.34, t = 2.75, p < 0.01$, as were global attributions, $\beta = -0.38, t = -3.19, p < 0.01$.

Psychological distress (BSI)

When psychological distress was used as an outcome measure, relationship duration did not contribute significantly to the explained variance, $\Delta R^2 = -0.01$, $F(1, 72) = 0.247$, $p = \text{ns}$. The addition of the block of two pain intensity measures in the second step significantly added to the explained variance, $\Delta R^2 = 0.09$; $F(3, 72) = 4.90$, $p < 0.01$. Specifically, the MPQ made a significant contribution to the prediction of psychological distress. Higher levels of pain intensity were associated with higher levels of psychological distress, $\beta = 0.27$, $t = 2.40$, $p < 0.01$. The inclusion of the third block, global and stable attributions, resulted in a model of prediction of psychological distress that was significant, $\Delta R^2 = 0.18$; $F(5, 72) = 5.28$, $p < 0.001$, with higher levels of global attributions ($\beta = 0.17$, $t = 2.57$, $p = \text{ns}$) and stable attributions ($\beta = 0.22$, $t = 2.87$, $p = \text{ns}$) being associated with higher levels of psychological distress.

Sexual functioning (FSFI)

The blocks of variables entered in Step 1 and Step 2 did not successfully predict sexual functioning (relationship duration; $\Delta R^2 = 0.03$; $F(1, 72) = 3.614$, $p = 0.06$ and pain intensity; $\Delta R^2 = 0.01$; $F(3, 72) = 0.196$, $p = \text{ns}$). Global attributions accounted solely for the increase in the prediction of sexual functioning, $\Delta R^2 = 0.05$; $F(4, 72) = 3.943$, $p < 0.05$. Greater use of global attributions ($\beta = -0.22$, $t = -1.99$, $p < 0.05$) was associated with lower levels of sexual functioning.

Discussion

In this study, attributions were found to predict psychological, sexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia, independent of pain intensity and relationship duration. More specifically, internal and global attributions independently predicted higher dyadic adjustment, whereas global and stable attributions together predicted increased psychological distress and global attributions alone predicted lower levels of sexual functioning. Despite our initial hypothesis, attributions were not associated with pain intensity.

First, internal attributions contributed independently to the prediction of higher dyadic adjustment, explaining 11% of the variance in outcome, beyond the variance accounted for by pain intensity and relationship duration. This result failed to confirm our initial hypothesis whereby internal attributions would be associated with lower dyadic adjustment. It does nonetheless corroborate the results of other studies on attributions (e.g., Michela & Wood, 1986; Graff-Low et al., 1993). Indeed, it has been suggested that women with internal attributions may have better coping strategies and thus adopt healthier behaviors related to their physical and psychological health (Graff-Low et al., 1999). Attributing the responsibility of the condition to oneself could favour dyadic adjustment via the woman engaging more actively in seeking treatment, adhering to treatment, and feeling more in control of the problem overall. Thus vestibulodynia could be viewed as posing less of a threat to the romantic relationship. In addition to internal attributions, global and stable attributions also demonstrated a negative association with dyadic adjustment – the model including all three types of attributions accounting for 30% of the variance, after controlling for pain and relationship duration. In the field of sexual pain, results from a study conducted by Meana et al. (1999) suggested that causal attributions for pain were related to marital adjustment. More specifically, women with dyspareunia who made psychosocial attributions for their pain reported lower levels of dyadic adjustment. Our results are also consistent with the findings from numerous studies showing that cognitive factors such as attributions play an important role in the initiation and maintenance of relationship distress (Baucom & Aiken, 1984; Baucom, Sayers, & Duhe, 1989; Doherty, 1982; Eidelson, & Epstein, 1982; Fincham, 1985; Fincham, Beach, & Baucom, 1987; Holtzworth-Munroe & Jacobson, 1985; Madden, & Jannoff-Bulman, 1981). In the present study, the more the women viewed their vestibulodynia problem as external, global and stable, the more relationship distress they experienced. Specifically, in addition to internal attributions, global attributions were found to be an independent predictor of relationship distress. Because global attributions refer to the problem affecting other aspects of one's life, it is not

surprising that women who scored high on this item reported lower dyadic adjustment – the romantic relationship being the first life domain, after sexuality, that would be negatively affected by pain during intercourse. Stability attributions, for their part, may be related to a pessimistic view of vestibulodynia, which may have contributed to greater feelings of helplessness, in particular a fear of losing the partner.

Second, global and stable attributions accounted together for 18% of the variance in psychological distress, independent of pain. The maladaptive nature of global and stable attributions has been documented in the broader attributions literature with respect to psychological distress related to illness and disability. For example, associations between greater internal, global, and stable attributions for negative events and higher rates of depression and helplessness have been shown (Peterson & Seligman, 1984, 1987; Poon & Lau, 1999; Sweeney, Anderson, & Bailey, 1986). Dua (1995) found that among the attributions for bad events made along three dimensions, global attributions were the best predictor of self-reported emotional and physical health, whereby higher levels of global attributions predicted poorer physical and psychological health (Dua, 1995). These findings are in line with cognitive-behavioral theories which suggest that negative cognitions generate affective distress (Beck, 1976; Masters, Burish, Hollon & Rimm, 1987; Meichenbaum, 1977).

Additionally, global attributions were negatively associated with sexual functioning and accounted for 5% of its variance, independent of pain intensity. This indicates that a greater use of global attributions contributed to increased sexual impairment in women with vestibulodynia – an overall negative impact on desire, arousal and orgasm. Our results are in accordance with the findings from recent studies by Weisberg et al. (2001) and Scepkowski et al. (2004) who examined the effects of causal attributions on sexual functioning in men with erectile dysfunction. Internal and stable attributions for the perceived erectile problem were related to a significantly lower erectile capacity during the viewing of an erotic film, suggesting that negative attributions may play a role in the development and maintenance of

sexual dysfunction. Negative attributions (internal, global and stable dimensions) are characterized by the maintenance of negative expectancies concerning sexual performance situations and possibly a pessimistic explanatory style regarding sexual events (Abrahamson, Barlow, Beck, Sakheim, & Kelly, 1985). Women with vestibulodynia have been shown to harbour more anxiety concerning sexuality (Meana et al., 1997b), more negative sexual self-schemas (Gates & Galask, 2001), and more negative emotions toward themselves in a sexual context (Reed, Advincula, Fonde, Gorenflo, & Haefner, 2003).

Lastly, results showed that pain intensity was associated with psychological distress. Specifically, pain intensity accounted for 9% of the variance in psychological distress. Previous research has yielded similar findings in other chronic pain populations (e.g., Bennett et al., 1996). Although the present results are correlational, the pain literature has demonstrated the strongest support for the hypothesis that increased levels of psychological distress are a consequence of pain (Dohrenwend, Raphael, Marbach, & Gallagher, 1999; Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 1997).

The present study is not without limitations. First, the sample may not be representative of the larger population of women with dyspareunia. Despite the fact that we know that vestibulodynia is the most common cause of dyspareunia in premenopausal women (Friedrich, 1987), further research should replicate these results with a sample of women who suffer from other types of dyspareunia (e.g., postmenopausal). Second, this study is correlational in nature and hence does not allow to determine the direction of the relationship between attributions and psychosexual and dyadic adjustment, thereby limiting inferences concerning causal mechanisms. However, based on the cognitive attributional model (Peterson & Seligman, 1984, 1987), it is likely that the relationship is unidirectional to some extent. Indeed, there exists a wealth of prospective data showing that attributions are predictors of health outcomes (Agrawal & Dalal, 1993; Bar-On et al., 1994; Billings et al., 1997; Chalder et al., 1996; Dua, 1995). Finally, the present study examined

some but not all potential predictors associated with the experience of sexual pain. We cannot, therefore, exclude the possibility that other cognitive factors, such as fear of pain (Payne, Binik, Amsel, & Khalifé, 2005), may have explained some of the variance in psychosexual adaptation in our sample. Future research is needed to examine more closely the contribution of other cognitive factors in the experience of pain during intercourse.

Despite its limitations, the present research nonetheless holds some important implications. A major strength of this study was to examine the etiology of vestibulodynia from a psychosocial perspective, whereas the majority of published work in this area has focused exclusively on biomedical factors (Bergeron, Pukall, & Mailloux., in press). It was one of the first attempts to investigate the role of a specific cognitive variable (attributions) in the prediction of dyspareunia and associated psychosexual impairment. Moreover, apart from Meana et al.'s (1999) preliminary study, this was the first to focus on women's personal explanations or theories concerning the presence of their genital pain. This is particularly interesting when we know that these women continue to receive stereotyped messages by health professionals, including that the problem is in their head or that they simply do not enjoy sex (Bergeron et al, 2003).

Importantly, results from the present study do not support the popular notion that psychosexual impairment is necessarily a direct consequence of pain intensity in women with vestibulodynia. As is the case with other pain syndromes, psychosocial factors may play an important role in pain-related disability (Keefe et al, 2004; Turk & Okifuji, 2002). Attributions contribute to explain some of the individual differences observed between women suffering from vestibulodynia concerning their psychological distress, sexual functioning, and dyadic adjustment.

As for clinical implications, the present findings suggest that cognitive variables such as attributions should be targeted in the psychosexual treatment of vestibulodynia. Specifically, the modification of a woman's attributional style could increase her dyadic adjustment, sexual functioning and mood. Results thus lend

support to the use of cognitive-behavioral therapy as a sound intervention for vestibulodynia (Bergeron et al., 2001). Additionally, the impact of attributions on dyadic adjustment indicate that it may be worthwhile to integrate the partner in sex therapy interventions as well as to further study his role in the experience of painful genital sexual activity. In conclusion, future studies should focus prospectively on cognitive, affective and interpersonal variables that may contribute to the etiology of dyspareunia.

Acknowledgements

This research has been supported in part by a fellowship from the Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles (CRIPCAS) to Mélanie Jodoin, and grants from the Fonds de la recherche en santé du Québec and the Canadian Institutes of Health Research to Sophie Bergeron. The authors wish to thank Pierre McDuff and Jean Bégin for assistance with data analysis.

References

- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Beck, J. G., Sakheim, D. K., & Kelly, J. P. (1985). The effects of attentional focus and partner responsiveness on sexual responding: replication and extension. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 361-371.
- Affleck, G., Pfeiffer, C., Tennen H. & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Agrawal, M., & Dalal, A. K. (1993). Beliefs about the world and recovery from myocardial-infarction. *Journal of Social Psychology*, 133, 385-394.
- Alloy, L. B., Peterson, C., Abramson, L. Y., Seligman, M. E. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 681-687.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arefjord, K., Hallaraker, E., Havik, O. E., & Maeland, J. G. (2002). Illness understanding, causal attributions and emotional reactions in wives of myocardial infarction patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 101-114.
- Arnold, L. D., Bachmann, G. A., Rosen, R., Kelly, S., & Rhoads, G. G. (2006). Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstetric and Gynecology*, 107(3), 617-624.
- Bar-On, D., Gilutz, H., Maynon, T., Ziberman, E., & Cristal, N. (1994). Long-term prognosis of low-risk, post-MI patients- The importance of subjective perceptions of disease. *European Heart Journal*, 15, 1611-1615.
- Baucom, D. H., Aiken, P. A. (1984). Sex role identity, marital satisfaction, and response to behavioural marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 438-444.

- Baucom, D. H., Sayers, S., & Duhe, A. (1989). Attributional style and attributional patterns among married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 596-607.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bennett, R. M., Burckhardt, C. S., Clark, S. R., O'Reilly, C. A., Wiens, A. N., Campbell, S.M. (1996). Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. *The Journal of Rheumatology*, 23, 521-528.
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1997). Attributions and health. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West, & C. McManus (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 72-77). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalife, S., & Pagidas, K. (1997). Vulvar vestibulitis syndrome: A critical review. *The Clinical Journal of Pain*, 13(1), 27-42.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalifé, S., Pagidas, K., & Glazer, H. I. (2001). Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstetrics & Gynecology*, 98(1), 45-51.
- Bergeron, S., Meana, M., Binik, Y. M., & Khalifé, S. (2003). Painful genital sexual activity. In S. B. Levine, C. B. Risen, & S. E. Altof (Eds.), *Handbook of Clinical Sexuality for Mental Health Professionals* (pp. 131-152). New York: Brunner-Routledge.
- Bergeron, S., Pukall, C. F., & Mailloux, G. (in press). Vulvodynia: Treatment and Quantitative Sensory Testing. In M. Fall, A. Baranowski, & P. Abrams (Eds.), *Urogenital Pain in Clinical Practice*. New York, NY: Dekker.
- Billings, E., Bar-On, D., & Rehnquist, N. (1997). Causal attributions by patients, their spouses and the physicians in reaction to patient outcome. *Cardiology*, 88, 367-372.

- Binik, Y. M. (2005). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of sexual behaviour*, 34(1), 11-21.
- Blaney, P. H., Behar, V., Head, R. (1980). Two measures of depressive cognitions: Their association with depression and with each other. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(5), 678-682.
- Block, A. R., Kremer, E. F., & Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: The spouse as a discriminative cue for pain behavior. *Pain*, 9, 243-252.
- Boureau, F. L., Doubrère, J. F., Gay, C. (1984). Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs (Development of a self-evaluation questionnaire comprising pain descriptors). *Thérapie*, 39, 119-129.
- Busby, D. M. (1990). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed samples. *Dissertation Abstracts International*, 51(6-B), 3180.
- Busby, D. M., Crane, D. R., Larson, J. H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional. *Journal of Marital & Family Therapy*, 21(3), 289-308.
- Chalder, T., Power, M. J., & Wessely, S. (1996). Chronic fatigue in the community: 'A question of attribution'. *Psychological Medicine*, 26, 791-800.
- Cope, H., David, A., & Mann, A. (1994). 'Maybe it's a virus?': Beliefs about viruses, symptom and attributional style and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 89-98.
- Crane, D. R., Busby, D. M., & Larson, J. H. (1991). A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples. *American Journal of Family Therapy*, 19(1), 60-66.
- Daker-White, G. (2002). Reliable and valid self-report outcome measures in sexual dysfunctional systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 31(2), 197-209.

- Danielsson, I., Sjöberg, I., Wikman, M. (2000). Vulvar Vestibulitis : Medical and psychosexual and psychosocial aspects, a case-control study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(10), 872-878.
- Derogatis, L. R. (1992). *BSI: administration, scoring and procedures manual*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Doherty, W. (1982). Attribution style and negative problem solving in marriage. *Family Relations*, 31, 17-23.
- Dorhenwend, B. P., Raphael, K. G., Marbach, J. J., & Gallagher, R. M. (1999). Why is depression comorbid with chronic myofascial pain? A family study of test alternative hypotheses. *Pain*, 83,183-192.
- Dua, J. K. (1995). Retrospective and prospective psychological and physical health as a function of negative affect and attributional style. *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 507-517.
- Eaves, G., Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 31-40.
- Eidelson, R. J., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 715-720.
- Fincham, F. D. (1985). Attribution processes in distressed and non distressed couples: 2. Responsibility for marital problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 183-190.
- Fincham, F. D., Beach, S. R., & Baucom, D. H. (1987). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: IV. Self-partner attribution differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 739-748.
- Fincham, F. D., & O'Leary, K. D. (1983). Causal inferences for spouse behaviour in maritally distressed and nondistressed couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 42-57.

- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain*, 13, 116-147.
- Flor, H., Kerns, R. D., & Turk, D. C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceive pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(2), 251-259.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., & Griffith, C. E. M. (2000). Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 5, 71-82.
- Friedrich, E. G., Jr. (1987). Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 32(2), 110-114.
- Gates, E. A., & Galask, R. P. (2001). Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 22(4), 221-228.
- Goetsch, M. F. (1991). Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynaecologic practice population. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 164, 1609-1614.
- Graff-Low, K., Thoresen, C. E., Patillo, J. R., & Fleischman, N. (1993). Causal attributions and coronary heart disease in women. *Psychological Reports*, 73, 627-636.
- Harlow, B. L., & Stewart, E. G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of American Medicine Women's Association*, 58(3), 82-88.
- Holtzworth-Munroe, A. & Jacobson, N. S. (1985). Causal attributions of married couples: when do they search for causes? What do they conclude when they do? *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), 1398-1412.
- Hunsley, J., Pinsent, C., Lefebvre, M., James-Tanner, S., & Vito, D. (1995). Construct validity of the short forms of the Dyadic Adjustment Scale. *Family Relations: Journal of Applied Family & Child Studies*, 44(3), 231-237.

- Jacobson, N. S., McDonald, D. W., Follette, W. C., & Berley, R. A. (1985). Attribution processes in distressed and non distressed married couples. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 35-50.
- Jensen, D. M., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain*, 27, 117-126.
- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211.
- Kellet, S., Beail, N., Newman, D. W., & Hawes, A. (2004). The factor structure of the Brief Symptom Inventory: Intellectual disability evidence. *Clinical Psychological & Psychotherapy*, 11(4), 275-281.
- Kellet, S., Beail, N., Newman, D. W., & Frankkish, P. (2003). Utility of the Brief Symptom Inventory in the assessment of psychological distress. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(2), 127-134.
- Kielcolt-Glazer, J. K., Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544.
- Love, A., Leboeuf, C., & Crisp, T. C. (1989). Chiropractic chronic low back pain sufferers and self-report assessment methods. Part I. A reliability study of the Visual Analogue Scale, the Pain Drawing and the McGill Pain Questionnaire. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 12(1), 21-25.
- Madden, M. E., & Janoff-Bulman, R. (1981). Blame, control and marital satisfaction: Wives' attributions for conflict in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 363-374.
- Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D., & Rimm, D. C. (1987). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (3rd ed.). New York: Hartcourt Brace Jovanovich.

- Meana, M., Binik, Y. M., Khalifé, S., Bergeron, S., Padigas, K., & Berkley, K. J. (1997a). Dyspareunia, more than bad sex. *Pain*, 71(3), 211-212.
- Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. (1997b). Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 561-569.
- Meana, M., Binik, Y. M., Khalifé, S., & Cohen, D. (1999). Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics*, 40(6), 497-502.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Melzack, R., Katz, J., &Coderre T. J. (1992). Methods of postoperative pain control. *Cahiers d'Anesthesiologie*, 40(5), 309-315.
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *The Challenge of Pain: A modern medical classic*. London: Penguin books.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Michela.J.L., & Wood, J.W., (1986). Causal attribution in health and illness. In Kendall, P.C. (Ed.), *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, 5, Orlando, Florida: Academic Press, 179-235.
- Mickelson, K. D., Wrobbles, M., & Helgeson, V. S. (1999). 'Why my child?': Parental attributions for children's special needs. *Journal of Applied and Social Psychology*, 9, 1263-1292.
- Moss-Morris, R., Petrie, K. J., & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25.

- Moyal-Barraco, M., & Lynch, P. J. (2004). 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine*, 49(10), 772-777.
- Payne, K., Binik, Y. M., Amsel, R., & Khalifé, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention toward pain. *European Journal of Pain*, 9(4), 427-36.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55, 237-265.
- Peterson, C., Semmela, A., Vonbaeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Seligman, M. E. D. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy & Research*, 6(3), 287-300.
- Peterson, C., Villanova, P., Raps, C. S. (1985). Depression and attributions: Factors responsible for inconsistent results in the published literature. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 165-168.
- Poon, W. T., & Lau, S. (1999). Coping with failure: Relationship with self-concept discrepancy and attributional style. *The Journal of Social Psychology*, 139(5), 639-653.
- Reed, B. D., Advincula, A. P., Fonde, K. R., Gorenflo, D. W., & Haefner, H. K. (2003). Sexual activities and attitudes of women with vulvar dysesthesia. *Obstetric and Gynecology*, 102(2), 325-331.
- Romano, J. M., Turner, J. A., Jensen, M. P., Freidman, L. S., Bulcroft, R. A., Hops, H., et al. (1995). Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*, 63, 353-360.

- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostino, R., Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale with a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27.
- Scepkowski, L. A., Wiegel, M., Bach, A. K., Weisberg, R. B., Brown, T. A., Barlow, D. H. (2004). Attributions for sexual situations in men with and without erectile disorder: Evidence from a sex-specific attributional style measure. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 559-569.
- Schiaffino, K. M., & Revenson, T. A. (1995). Relative contributions of spousal support and illness appraisals to depressed mood in arthritis patients. *Arthritis-Care-and-Research*, 8(2), 80-87.
- Sharpley, C. F., & Cross, D. G. (1982). A psychometric evaluation of the Spanier Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage & the Family*, 44(3), 739-747.
- Shiloh, S., Rashuk-Rosenthal, D., & Yael, B. (2002). Illness causal attributions: An exploratory study of their structure and associations with other illness cognitions and perceptions of control. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 373-394.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38(1), 15-28.
- Spanier, G. B. (1988). Assessing the strengths of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 92-94.
- Spanier, G. B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage & the Family*, 44(3), 731-738.

- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 974-991.
- Tatu, P., Pellet, J., Lang, F., & Pichon, M. (1994). The SCL-90-R in a sample of French-speaking adults without psychiatric disorders/La SCL 90 R dans un échantillon de sujets francophones libres de troubles psychiatriques. *Annales Médico-Psychologiques*, 152(3), 187-190.
- Tennen, H., & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108, 209-232.
- Turk, D. C., & Feldman, C. S. (1992). Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: the contribution of psychological variables. *Hospital Journal*, 8, 1-23.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1985). The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structures and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385-397.
- Turnquist, D. C., Harvey, J. H., & Andersen, B. L. (1988). Attributions and adjustment to life-threatening illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 55-65.
- Van Lankveld, J. J., Weijenborg, P. T. M., & ter Kuile, M. M. (1996). Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. *Obstetrics and Gynecology*, 88(1), 65-70.
- Walker, J. G., Manion, I. G., Cloutier, P. F., & Johnson, S. M. (1992). Measuring marital distress in couples with chronically ill children: The Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(3), 345-357.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.

- Weisberg, R. B., Brown, T. A., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (2001). Causal attributions and males sexual arousal: The impact of attributions for a bogus erectile difficulty on sexual arousal, cognitions, and affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 324-334.
- White, G., & Jantos, M. (1998). Sexual behavior changes with vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 43(9), 783-789.
- Zullov, H. M., Oettingen, G., Peterson, C., Seligman, M. E. (1988). Pessimistic explanatory style in the historical record: CAVing LBJ, presidential candidates, and East versus West Berlin. *American Psychologist*, 43(9), 673-682.

Table I
Summary Statistics of Variables Measured

Sample characteristics	Women (N = 77)
Sociodemographic information	
Age (years)	26.5 ± 6.1
Ethnicity (% caucasian)	71/77 (92.2%)
Education (years)	15.6 ± 2.0
Language (% French)	63/77 (81.8%)
Religion (% catholic)	56/77 (72.7%)
Age at first intercourse	17.2 ± 2.5
Relationship duration (months)	29.1 ± 23
Marital status	
Married/cohabiting	38 (49%)
Regular partner	29 (38%)
No partner	10 (13%)
Time since onset of pain (years)	5.6 ± 4.9
Childbirth	
Uniparous or multiparous	8 (10%)
Nulliparous	69 (90%)
Independent variables	
<i>Dyspareunia Attributions Questionnaire (subscales)</i>	

Internal attributions	5.0/7 \pm 1.2
Partner responsibility attributions	2.7/7 \pm 1.2
Global attributions	3.9/7 \pm 1.4
Stable attributions	4.7/7 \pm 1.5
Dependent variables	
<i>Pain severity</i>	
Visual Analogue Scale (VAS)	7.27/10 \pm 2.3
McGill-Melzack Pain Questionnaire (MPQ)	37.9/77 \pm 14.5
Psychological Distress (BSI)	62.1/80 \pm 7.9
Dyadic Adjustment Scale (DAS)	49.7/69 \pm 7.2
Female Sexual Functioning Index (FSFI)	19.4/36 \pm 5.9
\pm Standard deviation	

Table II

Correlations among variables

Variable	Pain		Psychological	Dyadic	Sexual	Attributions			
	VAS	MPQ	distress	adjustment	functioning	Internal	Partner	Global	Stable
Pain									
VAS	--	.52*	.17	.12	-.05	.15	-.03	.03	-.07
MPQ		--	.32**	.03	-.06	.06	-.05	.08	.02
Psychological distress			--	.30*	-.06	-.09	.01	.30**	.29*
Dyadic adjustment				--	.28*	.40**	-.22	-.41**	-
									.38**
Sexual functioning					--	.03	-.13	-.23*	-.03

* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

Table III				
Summary of results of multiple hierarchical regression analysis with dyadic adjustment, psychological distress and sexual functioning as dependant variables				
Dependent variable	Stand. β	Unique R^2	p	
<i>Attributions and dyadic adjustment</i>				
Step 1				
$\Delta R^2 = .05$ $F = 3,58$ $p = .064$ trend				
Relationship duration	-0,25	0,05	,066 trend	
Step 2				
$\Delta R^2 = .05$ $F = 0,88$ $p = ns$				
VAS	0,16	0,02	ns	
MPQ	0,02	0,00	ns	
Step 3				
$\Delta R^2 = .30$ $F = 6,53$ $p = .001$				
Internal attributions	0,34	0,11	0,01	
Global attributions	-0,38	0,11	0,01	
Stable attributions	-0,02	0,00	ns	
<i>Attributions and psychological distress</i>				
Step 1				
$\Delta R^2 = .01$ $F = 0,247$ $p = .ns$				
Relationship duration	-0,12	0,01	ns	
Step 2				
$\Delta R^2 = .09$ $F = 4,90$ $p = .01$				
VAS	0,12	0,01	ns	
MPQ	0,27	0,06	0,01	
Step 3				

$\Delta R^2 = .18$ $F = 5,28$ $p = .001$				
<i>Global attributions</i>	0,17	0,02	ns	
<i>Stable attributions</i>	0,22	0,04	ns	
<i>Attributions and sexual functioning</i>				
Step 1				
$\Delta R^2 = .03$ $F = 3,61$ $p = .061$ trend				
Relationship duration	-0,21	0,04	ns	
Step 2				
$\Delta R^2 = .01$ $F = 0,20$ $p = ns$				
VAS	-0,06	0,00	ns	
MPQ	0,00	0,00	ns	
Step 3				
$\Delta R^2 = .05$ $F = 3,94$ $p = .051$				
<i>Global attributions</i>	-0,22	0,05	0,05	
Note. VAS = visual analogue scale; MPQ = McGill Pain Questionnaire				

CHAPITRE III
DEUXIÈME ÉTUDE

Male partners of women with provoked vestibulodynia: Attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction and psychological distress

(Sous presse au périodique: Journal of Sexual Medicine)

(Running head: Male Partners' Attributions for Vestibulodynia)

Mélanie Jodoin, B.Sc.^{5,2}, Sophie Bergeron, Ph.D.^{1,6}, Samir Khalifé, MD⁷, Marie-José Dupuis, MD⁸, Geneviève Desrochers, B.Sc.^{1,2}, Bianca Leclerc, B.Sc.¹

09-06-0909-06-0909-06-09

⁵ Department of Sexology, Université du Québec à Montréal (UQAM), Montréal, Canada

⁶ Sex and Couple Therapy Service, Department of Psychology, McGill University Health Centre (Royal Victoria Hospital), Montréal, Québec, Canada

⁷ Department of Obstetric and Gynecology, Jewish General Hospital, Montréal, Canada

⁸ Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) -Pavillon Saint-Luc, Montréal, Canada

Address reprint requests to:

Mélanie Jodoin, B.Sc., Ph.D candidate (Psychology-Research/Intervention program)

Department of Sexology

Université du Québec à Montréal

C.P. 8888, succursale Centre-Ville

Montréal, Québec, Canada H3C 3P8

Tel.: +1 514 9873000 2102

Fax: +1 514 9876787

E-mail: melaniejodoin@videotron.ca.

Abstract

Introduction. Provoked vestibulodynia is a female genital pain condition that results in sexual dysfunction and impacts negatively on the individual patient and the couple. Although patients' attributions, or explanations for their pain condition, have been linked to worse psychosexual outcomes, no study to date has documented the male partners' perspective of this distressing problem and its potential influence on their psychosexual adaptation.

Aim. To identify whether male partners' attributions for vestibulodynia are possible predictors of their dyadic adjustment, sexual functioning, sexual satisfaction and psychological distress, as well as of women's pain and sexual functioning.

Methods. Thirty-eight women with vestibulodynia first completed measures of pain intensity and sexual functioning in the context of a comprehensive assessment. Their male partners then responded to mailed questionnaires assessing their own attributions for genital pain as well as their psychological distress, relationship adjustment, sexual functioning and sexual satisfaction.

Main Outcome Measures. Women completed the McGill-Melzack Pain Questionnaire (MPQ) and the Female Sexual Function Index (FSFI). Attributions of male partners were measured using an adapted version of the Attributional Style Questionnaire (ASQ) – Partner Version. Men also filled out the Brief Symptom Inventory (BSI), the Dyadic Adjustment Scale (DAS), the Sexual History Form (SHF), and the Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX).

Results. Higher levels of both internal and global attributions were associated with men's poorer dyadic adjustment, whereas global and stable attributions were related to their lower sexual satisfaction. Attributions failed to significantly predict psychological distress and sexual functioning in male partners and also failed to predict women's pain and sexual functioning.

Conclusions: Results show that male partners' attributions for vestibulodynia partly explain their lower dyadic adjustment and sexual satisfaction, in addition to their higher psychological distress. These findings suggest that the evaluation and treatment of sexual pain problems should involve both partners and explore the role of negative attributions in psychosexual adaptation and relationship adjustment.

Key Words: vestibulodynia, dyspareunia, partner's attributions, dyadic adjustment, sexual functioning and satisfaction, psychological distress.

Provoked vestibulodynia is the most common cause of dyspareunia in women under the age of 30.¹ This genital pain can occur during intercourse or can be elicited by pressure applied to the vulvar vestibule (e.g. tampon insertion).² Women with provoked vestibulodynia report several negative repercussions such as impaired sexual functioning, distress related to intercourse, anxiety and decreased quality of life.³⁻⁹ Not surprisingly, previous research concerning the psychosexual aspects of vestibulodynia has focused on afflicted women.⁹ Much less research attention has been devoted to male partners in couples with sexual pain, in spite of the fact that dyadic factors have been shown to be consequential for mental and physical health, in particular for chronic pain.¹⁰ Specifically, spouse responses have been shown to influence the experience of pain and disability in several chronic pain populations.¹¹ Only two empirical studies to date focusing on genital pain have examined partners' psychological and sexual functioning, and results did not show any differences between partners and population norms.^{6,12} Connor (2003) recently suggested that further research should be conducted to assess how couples with vestibulodynia interpret and cope with this recurrent acute genital pain and its detrimental impact on their sexual and relationship functioning.¹³

Several researchers and clinicians have highlighted the importance of considering sexual problems from a relational perspective.¹⁴⁻¹⁵ Despite this recommendation, few studies have tried to increase our actual understanding of couples with sexual dysfunction.¹⁶ Recent research based on male sexual dysfunction emphasized the negative impact of sexual dysfunction on the healthy partner (i.e. sexual impairment) and also underscored how the romantic relationship may influence the sexual functioning of both partners.¹⁷ Shindel et al. (2005) found that sexual dysfunction in female partners of men having undergone radical prostatectomy correlated with sexual dysfunction in the male partner.¹⁸ Another study conducted by Fisher et al. (2005) demonstrated that decreased female sexual satisfaction and frequency of orgasm were strongly associated with the male partner's self-reported

severity of erectile dysfunction.¹⁹ Moreover, Smith et al. (2007) concluded that sexual and relationship variables are the strongest predictors of patient and partner sexual functioning in a population of couples in which men are afflicted with chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome.¹⁷ Treatment-wise, studies have shown that the sexual function of women improved when male partners were administered pharmacological agents for erectile dysfunction.²⁰ These studies on dyadic factors in sexual dysfunction demonstrate that both partners are directly involved in, and affected by, the sexual impairment of the 'identified patient'. Most of the research to date however has focused on male sexual dysfunction and there is a need for studies investigating the partner's perspective in the experience of female sexual dysfunction, such as provoked vestibulodynia.

In a recent review of the literature, Davis & Reissing (2007) recommended the study of dyadic factors in the development of dyspareunia by increasing our research understanding via the theoretical model used in the chronic pain literature.²¹ In chronic pain research, marital distress and negative spouse responses to pain have been positively associated with pain intensity and physical disability.¹¹ Moreover, marital dissatisfaction and negative spouse responses have also been related to higher depressive symptoms in a clinical pain population.^{11,22-23} Although there is an increasing number of studies in the pain literature focusing on spouse responses, very few have focused on determinants of spouse adjustment, that is, how pain intensity may affect the adjustment of the healthy partner and how he copes with the chronic pain.²⁴ A recent study conducted by Geisser and colleagues (2005) showed that greater perceived physical and psychosocial disability of the patient by the spouse were highly associated with spouse marital dissatisfaction and affective distress.²⁵ In light of these findings, one factor that might impact spouse adjustment is their personal perspective concerning the chronic pain condition.

An excellent way to investigate partners' personal perspective is by examining their attributions for vestibulodynia. Indeed, when faced with a medical condition, individuals tend to engage in a heuristic or attributional questioning in an attempt to

restore a more coherent, cohesive and predictive world vision.²⁶ This may be particularly true in the case of vestibulodynia, where 30% of afflicted women have had to consult three or more physicians in order to obtain an accurate diagnosis, and 40% of women having seen a doctor never received a diagnosis.²⁷ Attributions have been shown to be major determinants of adjustment to illness, chronic pain, marital distress and sexual dysfunction.²⁸⁻³¹ Attributions theory suggests that causal attributions are represented by three dichotomic dimensions: (1) internality (personal responsibility) or externality (cause lies in an external situation); (2) globality (entire life affected by the problem) or specificity (problem affecting only a specific situation); and (3) stability (problem will still remain in the future) or instability (weak probability that the problem will be maintained with time).³² Additionally, some studies in health psychology have shown that partner responsibility (partner responsible or not for my problem) is a fourth dimension to consider in the assessment of attributions.³³ Moreover, attributions can be categorized as a positive or a negative attributional style. A positive attributional style concerning a negative event, such as vestibulodynia, suggests an interpretation of the situation using external, specific and unstable attributions. In an opposite fashion, a negative attributional style stems from a view that the negative situation is internal, global and stable. This negative attributional style has been related to important mental health repercussions such as depression and helplessness.³⁴

In the area of dyspareunia, only a limited amount of research has been conducted in regard to pain attributions. A first study by Meana, Binik, Khalifé & Cohen (1999) found that psychosocial attributions for dyspareunia (as opposed to biological attributions) correlated with higher pain intensity, psychological distress, and increased dyadic and sexual difficulties.³⁵ However, this study comprised only one single question, hence a non-validated measure of attributions. A recent study involving the assessment of the four dimensions of attributions in a population of women with provoked vestibulodynia indicated that negative pain attributions were predictors of higher psychological distress and sexual impairment, as well as lower

dyadic adjustment in female patients.³⁶ These studies highlight the importance of personal beliefs in the experience of pain and psychosexual adaptation to vestibulodynia.

Until now, no studies have addressed attributions in male partners of women with provoked vestibulodynia. Previous findings concerning sexual dysfunction and chronic pain suggest that significant others are active participants in the experience of provoked vestibulodynia and that their psychosexual adjustment to the condition may be influenced by their personal interpretation of the genital pain.

Aim

The aim of this study was to assess whether pain attributions were predictors of dyadic adjustment, sexual functioning, sexual satisfaction and psychological distress in male partners of women with provoked vestibulodynia. A secondary aim was to examine the extent to which partners' attributions also predicted women's pain and sexual functioning. We hypothesized that negative attributions (internal, women responsibility, global and stable) would predict lower levels of dyadic adjustment, sexual functioning and sexual satisfaction, in addition to greater psychological distress in men, and worse pain and sexual functioning in women.

Methods

Participants

The sample was recruited from a larger study which aimed to evaluate the efficacy of a cognitive-behavioral group treatment for provoked vestibulodynia. Women diagnosed with vestibulodynia and their partners comprised the present sample. Recruitment was completed over a two-year period (2002-2004). This research was approved by our institution's ethics review board. Inclusion criteria for the men were the following: a) having a female partner with a diagnosis of provoked vestibulodynia, b) cohabiting with the partner, c) relationship duration ≥ 6 months. The sole exclusion criteria for men was the presence of a serious psychiatric illness. Inclusion criteria for women with vestibulodynia were: 1) pain during sexual

intercourse for at least six months, during 75% or more of penetration attempts and causing subjective distress; 2) pain limited to vaginal penetration and to activities with localized pressure on the vulvar vestibule (e.g.; bicycle); 3) severe pain (≥ 5 on a scale from 0 to 10) at one or more locations in the vulvar vestibule during a gynaecological examination. Exclusion criteria for women were: 1) vulvar pain not related to vaginal penetration or pressure applied to the vulvar vestibule; 2) presence of one of the following problems: a) psychiatric illness or severe medical condition, b) major infection, c) deep dyspareunia, d) vaginismus (as defined by DSM-IV-TR), and e) dermatological lesion; 5) currently undergoing treatment for vestibulodynia; 6) pregnancy 7) less than 18 years or more than 45 years.

Procedure

In the context of the larger treatment study, women took part in a gynecological examination and a structured interview, in addition to completing standardized questionnaires. During the structured interview, women were asked whether they thought their partner would agree to take part in our study concerning the role of relationship factors in the experience of genital pain. We gave interested women pre-addressed and pre-stamped envelopes which contained all of the men's questionnaires with consent forms and explanations concerning the study (ex; necessity to completed questionnaires alone). Two weeks after the interview, we contacted each male partner to verify that he had indeed received the questionnaires and to ask whether he had any questions concerning the procedure.

Measures

Women's questionnaires

Pain intensity

Women's pain intensity was evaluated using the McGill-Melzack Pain Questionnaire (MPQ).³⁷ This measure comprises qualitative as well as quantitative elements, with 77 adjectives, 3 different scales (sensory, evaluative, and affective) and 3 indices (pain rating index, number of words chosen and present pain intensity). This questionnaire has excellent internal validity, discriminant validity and also good

test-retest reliability (Cronbach's alpha was 0.70) for each measured dimension.³⁷⁻³⁹

A French version of this questionnaire was previously validated by Boureau, Doubrère, and Gay (1984).⁴⁰

Sexual functioning

Women also filled out the Female Sexual Function Index (FSFI), which is comprised of 19 items assessing five dimensions of global sexual functioning: a) desire and arousal, b) lubrication, c) orgasm, d) satisfaction, and e) pain/discomfort.⁴¹

Daker-White (2002) reported very good psychometric qualities for this instrument (Cronbach's alpha >.80)⁴². This questionnaire was translated from English to French and factorial analyses confirmed that the factorial structure of the French version was similar to that of the original English version. In addition, internal consistency was excellent ($\alpha = 0.92$).

Men's questionnaires

Partner attributions

Men were asked to complete the Attributions for Dyspareunia Questionnaire – Partner Version (adapted from the Attributional Style Questionnaire, ASQ)⁴³. The original Attributional Style Questionnaire is a 48-item self-report instrument used to assess an individual's attributional style across several hypothetical situations. Studies have shown excellent psychometric properties for this instrument and internal consistency ranges from .44 to .69, with a mean of .54⁴³⁻⁴⁴. Our adaptation describes 12 hypothetical situations provoking genital pain. The participants must evaluate the main cause of these 12 situations. We derived four scores from this scale: 1) Internal attributions: I'm responsible for the pain problem, 2) Women responsibility attributions: my female partner is responsible for her pain problem, 3) Global attributions: the pain problem is affecting my entire life, and 4) Stable attributions: the pain problem will always be a part of my life. Each score was collected on a Likert-7 point scale. Factorial analysis confirmed that the translated and adapted

partner version was similar to the original English version of the questionnaire. Internal consistency reliability estimates were excellent ($\alpha = 0.94$).

Psychological distress

We used the Brief Symptoms Inventory (BSI)⁴⁵ to assess men's psychological distress. This self-report instrument has 53 items, nine dimensions of primary symptoms, and three total indices designed to evaluate general degree of psychological distress. The reliability and validity (Chronbach's alpha between 0.70 and 0.91) are excellent across different populations and with a French population⁴⁶

Dyadic adjustment

The Dyadic Adjustment Scale (DAS)⁴⁷ was used to evaluate couple adjustment according to four dimensions: cohesion, consensus, satisfaction and affectional expression. This questionnaire is frequently used because of its excellent reliability, validity (Chronbach's alpha between .73 and .96), and its capacity to distinguish distressed from non-distressed couples and its capacity to distinguish distressed from non-distressed couples⁴⁸. In our study, a validated revised-version of the Dyadic Adjustment Scale was used, which has 14 items with 5-point Likert scales (always in agreement to always in dissension)⁴⁹. This recent version was also validated with a French-speaking population⁵⁰.

Sexual functioning

Male partners also completed the Sexual History Form (SHF)⁵¹. The SHF is a multiple-choice questionnaire, including 29 items and providing information concerning frequency of sexual activities, sexual desire, arousal, orgasm, pain and sexual satisfaction. Initially developed for clinical use, it provides reliable

(Cronbach's alpha was 0.65) and valid results for diagnostic and scientific purposes⁵². A French version of this questionnaire was also used⁵³.

Sexual satisfaction

Sexual satisfaction was measured using the Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX)⁵⁴. This questionnaire evaluates global satisfaction concerning sexual activities. Respondents rate their sexual satisfaction on five 7-point bipolar scales: good-bad, pleasant-unpleasant, positive-negative, satisfying-unsatisfying, valuable-worthless. Possible scores range from 5 to 35, with lower scores indicating less sexual satisfaction. This questionnaire has good psychometric properties⁵⁴. The five items were translated in French and internal consistency reliability estimates were excellent ($\alpha = 0.92$).

Data Analysis

Data were analysed using SPSS for Windows (version 14.0). All statistical tests were two-tailed, and $p < .05$ defined statistical significance. Bivariate correlations between attributions and psychosexual variables were evaluated using Pearson product-moment correlations. Hierarchical regressions were conducted to examine the relative contribution of the four attribution dimensions to the prediction of partners' dyadic adjustment, sexual functioning, sexual satisfaction and psychological distress. The choice of potential covariates included in the regressions analysis was based on correlations results and on previous studies on vestibulodynia that show a link between pain intensity or relationship duration and sexual functioning or psychological distress (Meana et al., 1997; Reed et al., 2000).

Results

Sample characteristics

Of the 68 women involved in a romantic relationship and solicited for participation in the present study, one stated that her partner would not be interested

in participating. Of the couples having agreed to participate, 21 partners did not return their consent forms and questionnaires. Forty-six male partners of women with provoked vestibulodynia participated in our study, although eight had missing questionnaire data, resulting in a final sample of 38. Couples who were initially solicited but who did not take part in the study were different from the study participants on some sociodemographic variables. The final participants were younger ($t = -2.58, p < .01$) and more recently involved in their current relationship ($t = -2.58, p < .01$) than the non-participant group. However, non-participants did not differ from participants in terms of their attributions, psychological distress, global sexual functioning, dyadic adjustment, and pain intensity.

(INSERT TABLE 1 HERE)

Zero-order correlations

Table 2 shows simple correlations between women's pain intensity, women's sexual functioning, as well as men's psychological distress, dyadic adjustment, sexual functioning, sexual satisfaction and attributions. No significant associations were found between the sociodemographic variables and the other study variables. Regarding women's variables, only a moderate relationship was found between their genital pain intensity and men's psychological distress ($r = 0.35, p < 0.05$). Women's sexual functioning was not related to any of the men's variables. As for men's variables, internal attributions were related significantly to psychological distress in the men ($r = 0.40, p < 0.05$) and dyadic adjustment in the men ($r = -0.38, p < 0.05$). Women responsibility attributions correlated only with psychological distress in the men ($r = 0.34, p < 0.05$). Global attributions were significantly related to their psychological distress ($r = 0.33, p < 0.05$), dyadic adjustment ($r = -0.44, p < 0.01$), and sexual satisfaction ($r = -0.42, p < 0.01$). Stable attributions correlated significantly with their psychological distress ($r = 0.48, p < 0.01$) and sexual satisfaction ($r = -0.46, p < 0.01$). No significant relationships were found between the four attribution dimensions and men's sexual functioning.

(INSERT TABLE 2 HERE)

Attributions as predictors of dyadic adjustment, sexual satisfaction and psychological distress

Hierarchical regression analyses were conducted to establish the relative contribution of male

partners' attribution dimensions to their dyadic adjustment, sexual satisfaction and psychological distress. Predictor variables were internal attributions, women responsibility attributions, global attributions and stable attributions. Women's genital pain intensity (*MPQ*) was controlled for in the analyses because it correlated significantly with psychological distress. Dyadic adjustment, sexual satisfaction and psychological distress measures included male participants' scores on the DAS, GMSEX and BSI.

(INSERT TABLE 3 HERE)

Dyadic adjustment (DAS)

Relationship duration failed to significantly predict scores on the dyadic adjustment scale, $\Delta R^2 = 0.05$; $F(1, 36) = 3.586$, $p = 0.06$. The addition of the pain block did not result in a significant increase in the amount of variance explained, $\Delta R^2 = 0.04$; $F(3, 36) = 0.882$, $p = \text{ns}$. Adding the block of internal and global attributions significantly contributed to the explained variance in dyadic adjustment, $\Delta R^2 = 0.15$; $F(5, 36) = 4.66$, $p = 0.01$. Specifically, greater use of internal and global attributions predicted lower levels of dyadic adjustment in male partners.

Psychological distress (BSI)

When psychological distress was used as an outcome measure, relationship duration did not contribute significantly to the explained variance, $\Delta R^2 = -0.01$, $F(1, 36) = 0.247$, $p = \text{ns}$. Women's pain intensity (*MPQ*), included in the second step, significantly contributed to the explained variance in psychological distress, $\Delta R^2 = 0.09$; $F(3, 36) = 4.90$, $p < 0.01$. Men who had a partner who experienced higher levels of

pain showed more psychological distress, $\beta = 0.27$, $t = 2.40$, $p < 0.01$. The inclusion of the third block, internal, global and stable attributions, failed to result in a model of prediction of psychological distress, $\Delta R^2 = 0.16$; $F_{(6, 36)} = 1.72$, $p = \text{ns}$.

Sexual satisfaction (GMSEX)

Step 1 and Step 2 did not successfully predict sexual satisfaction (relationship duration; $\Delta R^2 = 0.03$; $F_{(1, 36)} = 3.61$, $p = 0.06$ and pain intensity; $\Delta R^2 = 0.01$; $F_{(3, 36)} = 0.196$, $p = \text{ns}$). Men's global attributions combined to men's stable attributions resulted in a significant increase in the amount of variance explained for sexual satisfaction, $\Delta R^2 = 0.22$; $F_{(5, 36)} = 6.14$, $p = 0.01$. Specifically, global attributions were found to be independent predictors of lower levels of sexual satisfaction, $\beta = -0.39$, $t = 2.75$, $p < 0.01$, as were stable attributions, $\beta = -0.29$, $t = -3.19$, $p < 0.05$.

Discussion

The main goal of the present study was to evaluate the impact of male partners' attributions for vestibulodynia on their dyadic adjustment, sexual functioning, sexual satisfaction and psychological distress. Higher levels of both internal and global attributions predicted men's poorer dyadic adjustment, whereas global and stable attributions were independently associated with their lower sexual satisfaction. Despite our initial hypotheses, attributions failed to predict psychological distress and sexual functioning in male partners, nor did they predict women's pain and sexual functioning.

Internal and global attributions contributed together to 15% of the variance in dyadic adjustment. These results confirm our initial hypothesis whereby internal and global attributions were thought to be associated with lower dyadic adjustment. In past years, cognitive factors have emerged as central to accounts of marital dysfunction, with attributions being significantly and uniquely associated with marital satisfaction of both husbands and wives⁶¹. In the sexual pain field, Meana et al. (1999)³⁵ found that women who made psychosocial attributions for dyspareunia had lower levels of dyadic adjustment. More recently, in women with vestibulodynia,

Jodoin et al. (submitted) ³⁶ demonstrated that patients' global and stable attributions were associated with a decrease in dyadic adjustment after controlling for pain and relationship duration. These results may be explained by the fact that if partners blame themselves for the woman's sexual pain and believe that the pain affects all areas of their life, they will probably assume that they are not a good sexual partner and that they are not able to satisfy their female partner sexually, somehow contributing to provoke sexual pain and discomfort. Their pessimistic view may also lead to a fear of losing the partner and this anxiety could interfere with the ability to experience intimacy in their relationship and to be completely satisfied.

Furthermore, males' sexual satisfaction was predicted by global and stable attributions, with each respectively accounting for 14% and 8% of the variance. This finding is interesting in light of the fact that perceptions and evaluations of sexual relationships may influence the development and continuity of the overall relationship ⁶². They corroborate results from other studies which have shown that sexual problems in one partner were a strong predictor of the other's sexual dissatisfaction ⁶³. Thus, male partners of women with vestibulodynia seem to be more sexually dissatisfied when they perceive the sexual problem to affect all spheres of their life and when they believe that the pain will still remain in the future. These negative thoughts could progressively bring men to avoid sexuality and to diminish the frequency of their initiation of sex, which may subsequently reinforce their conviction that sexuality is not fully satisfying.

The fact that negative attribution dimensions did not contribute to the variation in psychological distress of the male partners is not in line with our hypothesis and previous research whereby negative attributions for bad events are associated with higher rates of depression and helplessness ³⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶. Perhaps this non-significant result could be explained by the relationship between women's higher pain intensity and increased psychological distress in men. To be directly implied and witness of pain experience during sexual relationship is undoubtedly more destroying and making feel more guilty than the fact of questioning itself on pain causes.

These other results are in accordance with the findings of Geisser et al. (2005)²⁵, who found that greater perceived physical disability of the patient by the spouse was associated with higher spouse affective distress. It is plausible that if male partners perceived that they were responsible for the vulvo-vaginal pain problem, or in other words that they were somehow causing it, they would experience a strong feeling of guilt and that women's higher levels of pain would elicit more psychological distress in them.

Lastly, we found no associations between the four negative attribution dimensions and males' sexual functioning. Weisberg et al. (2001)³¹ and Scepkowski et al. (2004)⁶⁴ demonstrated the effects of causal attributions on sexual functioning in men with erectile dysfunction and suggest that negative attributions may contribute to the development and maintenance of sexual dysfunction. In our study, men were asked to identify attributions for their female partners' vulvo-vaginal pain problem and not for their own sexual problem (e.g. erectile capacity). It is possible that negative attributions may influence sexual functioning only when these attributions are related to one's own sexual performance or dysfunction⁶⁵. In addition, two studies showed that partners of women with vestibulodynia reported no more problems in their sexual functioning than population norms⁶⁻¹². One possible hypothesis concerning the absence of influence of attributions of men's sexual functioning is that our sample was very young and this factor could contribute to the maintenance of good sexual functioning despite the acute pain problem.

Finally, partners' attributions failed to predict women's sexual functioning and pain intensity. Perhaps a future study conducted with a larger sample may provide additional statistical power to detect the influence of male's partner attributions on women's pain and sexual functioning. It is also possible that different partner variables could better account for the variance in patients' pain intensity and sexual functioning (e.g. partner hostility)¹². Overall, findings from the present study suggest that one's personal perspective concerning the experience of genital pain

and/or of sexual problems seems a better predictor of one's own psychosexual adjustment than of the sexual impairment of the affected partner.

There are some limitations that must be taken into account when interpreting the results of this study. First, the design was cross-sectional, limiting the inferences regarding causal relationships between the variables. Experimental and prospective studies are necessary to determine the extent to which causal attributions result in psychosexual adjustment problems in male partners of women with vestibulodynia. In addition, future research should consider the investigation of other potential predictors of dyadic adjustment, sexual satisfaction and psychological distress of both members of the couple (e.g. avoidance of intimacy with the partner). Lastly, the slightly young average age of the sample may affect the potential of generalizability of our results.

In spite of these limitations, the present findings hold important theoretical and clinical implications. Although a number of recent studies have addressed the role of the female partner in the context of male sexual dysfunction and its treatment¹⁷⁻²⁰. This is the first study to examine the male partner's perspective in the experience of a female sexual dysfunction. As such, the present research paves the way for future work focusing on the contribution of dyadic and partner variables to the experience of women's sexual health problems. Specifically, results of the current research contribute to a better understanding of the impact of sexual pain on the healthy partner and highlight the important role of cognitive factors in coping with a significant other's sexual difficulties.

Clinically, the present findings suggest that the partner should be an integral part of the treatment of vestibulodynia. Partner involvement in sexual treatment has been shown to lead to superior outcomes for women with orgasmic dysfunction or hypoactive sexual desire disorder⁶⁶⁻⁶⁷. Brief psycho-educational interventions concerning the potential etiology of vestibulodynia - whether provided in the context of a medical or psychological treatment – could go a long way in dispelling some of the negative attributions formulated by the partners. In particular, cognitive-

behavioral approaches² could serve to modify the negative attributional styles of both partners, with a view to increasing their dyadic adjustment, sexual functioning, sexual satisfaction and psychological distress.

Conclusion

Negative male partners' attributions for vestibulodynia were found to be significant predictors of their lower dyadic adjustment and sexual satisfaction, although they failed to predict their psychological distress and sexual functioning. Overall, these findings suggest that both partners should be involved in the treatment of dyspareunia and that the evaluation of the partners' perspective could be beneficial for the psychosexual and dyadic adjustment of the couple.

Acknowledgements

This research has been supported in part by a fellowship from the Centre de Recherche Interdisciplinaire sur les Problèmes Conjugaux et les Agressions Sexuelles (CRIPCAS) to Mélanie Jodoin, and grants from the Fonds de la recherche en santé du Québec and the Canadian Institutes of Health Research to Sophie Bergeron. The authors wish to thank Pierre McDuff and Jean Bégin for assistance with data analysis.

References

1. Moyal-Barraco, M., & Lynch, P.J. (2004). 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine*, 49(10), 772-777.
2. Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalife, S., Pagidas, K., & Glazer, H. I. (2001). Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstetrics & Gynecology*, 98(1), 45-51.
3. Reed, B. D., Haefner, H. K., Punch, M. R., Roth, R. S., Gorenflo, D. W., & Gillespie, B. W. (2000). Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation. *The Journal of Reproductive Medicine*, 45(8), 624-632.
4. Payne, K.A., Binik, Y.M., Pukall, C.F., Thaler, L., Amsel, R., & Khalifé, S. (2007). Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensations: A comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 289-300.
5. Gates, E.A., Galask, R.P., (2001). Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 22(4), 221-228.
6. Van Lankveld, J.J., Weijnenborg, P.T.M., & ter Kuile, M.M. (1996). Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. *Obstetrics and Gynecology*, 88(1), 65-70.
7. Granot, M. (2005). Personality Traits with Perception of Noxious Stimuli in Women With Vulvar Vestibulitis Syndrome. *The Journal of Pain*, 6(3), 168-173.
8. Payne, K., Binik, Y. M., Amsel, R., & Khalife, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention toward pain. *European Journal of Pain*, 9(4), 427-36 .
9. Arnold, L.D., Bachmann, G.A., Rosen, R., Kelly, S., Rhoads, G.G., (2006). Vulvodynia: Characteristics and Associations with comorbidities and quality of life. *Obstetric and Gynecology*, 107(3), 617-624.

10. Kielcolt-Glazer, J.K., Newton, T.L., (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503.
11. Cano, A., Weisberg, J.N., & Rollin, G. (2000). Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample, *Pain Medicine*, 1(1), 35-43.
12. Desrosiers, M. Bergeron, S. Meana, M. & Leclerc, B. (in presse). Psychosexual Characteristics of Vestibulodynia Couples : Partner Solicitousness and Hostility are Associated with Pain. *Journal of Sexual Medicine*, xxx.
13. Connor, J. (2003). Vulvar vestibulitis syndrome: Therapeutic implications for couples. In A.M.P. Lyness (ed.), *Feminist perspectives in medical family therapy*, New York: Haworth Press, pp 88-98.
14. Byers, E.S. (2001). Evidence for the importance of relationship satisfaction for women's sexual functioning. In Kaschak, E., Tiefer, L, ed. *A New View of Women's Sexual Problems*. New York: Haworth Press, pp 23-26.
15. Basson, R., Leiblum, S. Brotto, L et al. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 24, 221-229.
16. Moore, D.R., & Heiman, J.R. (2006). Women's sexuality in context: relationship factors and female sexual function. In: Goldstein, I., Meston, C.M., Davis, S.R., & Traish, A.M., ed. *Women's Sexual Function and Dysfunction*. Taylor & Francis, London, New York, pp 63-84.
17. Smith, K.B., Tripp, D., Pukall, C., Nickel, J.C., (2007). Predictors of Sexual Relationship Functioning in Couples with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Journal of Sexual Medicine*, 1-11.
18. Shindel, A., Quayle, S., Yan, Y., Husain, A., & Naughton, C. (2005). Sexual Dysfunction in Female Partners of Men Who Have Undergone Radical Prostatectomy Correlates with Sexual Dysfunction of the Male Partner. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 833-841.

19. Fisher, W.A., Rosen, R.C., Eardley, I., Sand, M., & Goldstein, I. (2005). Sexual Experience of Female Partners of Men with Erectile Dysfunction: The Female Experience of Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (FEMALES) Study. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 675-684.
20. Goldstein, I., Fisher, W.A., Sand, M. R.N., Rosen, R.C., Mollen, M., Brock, G., Karlin, G., Pommerville, P., Bangerter, K., Bandel, T.-J., Derogatis, L.R. (2005). Women's Sexual Function Improves When Partners Are Administered Vardenafil for Erectile Dysfunction: A Prospective, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 819-832.
21. Davis, H.J. & Reissing, E.D. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature, *Sexual and Relationship Therapy*, 22(2), 245-254.
22. Flor, H., Kerns, R.D., & Turk, D.C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceive pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(2), 251-259.
23. Romano, J.M., Turner, J.A., Jensen, M.P., Freidman, L.S., Bulcroft, R.A., Hops, H., & Wright, S.F. (1995). Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*, 63, 353-360.
24. Manne, S.L., & Zautra, A.J. (1990). Couples Coping with Chronic Illness : Women with Rheumatoid Arthristis and Their Healthy Husbands, *Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 327-342.
25. Geisser, M. E. Cano, A. Leonard, M.T. (2005). Factors Associated With Marital Satisfaction and Mood Among Spouses or Persons With Chronic Back Pain, *The Journal of Pain*, 6(8), 518-525.
26. Shiloh, S., Rashuk-Rosenthal, D., & Yael, B. (2002). Illness Causal Attributions: An Exploratory Study of Their Structure and Associations With Other Illness Cognitions and Perceptions of Control. *Journal of Behavioral Medecine*, 25(4), 373-394.

27. Harlow, B.L., & Stewart, E.G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of American Medicine Womens Association*, 58(3), 82-88.
28. Affleck, G., Pfeiffer, C., Tennen H. & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
29. Butler, J.A., Chadler, T., & Wessely, S. (2001). Causal attributions for somatic sensations in patients with chronic fatigue syndrome and their partners, *Psychological Medicine*, 31, 97-105.
30. Jacobson, N.S., McDonald, D.W., Follette, W.C., & Berley, R.A. (1985). Attribution processes in distressed and non distressed married couples. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 35-50.
31. Weisberg, R.B., Brown, T.A., Wincze, J.P., & Barlow, D.H. (2001). Causal attributions and males sexual arousal: The impact of attributions for a bogus erectile difficulty on sexual arousal, cognitions, and affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 324-334.
32. Weiner, B. (1986). *A attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
33. Arefjord, K., Hallaraker, E., Havik, O. E., & Maeland, J. G. (2002). Illness understanding, causal attributions and emotional reactions in wives of myocardial infarction patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 101-114.
34. Poon, Wing-Tong & Lau, Sing (1999). Coping With Failure : Relationship With Self-Concept Discrepancy and Attributional Style. *The Journal of Social Psychology*, 139(5), 639-653.
35. Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. (1999). Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics*, 40(6), 497-502.

36. Jodoin, M., Bergeron, S., Khalife, S., Dupuis M-J., Desrochers, G., & Leclerc, B. (submitted). Attributions as predictors of psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia. *Archives of Sexual Behavior*, xxx.
37. Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
38. Turk, D.C., Rudy, T.E., & Salovey, P. (1985). The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structures and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385-397.
39. Love, A., Leboeuf, C., & Crisp, T.C. (1989). Chiropractic chronic low back pain sufferers and self-report assessment methods. Part I. A reliability study of the Visual Analogue Scale, the Pain Drawing and the McGill Pain Questionnaire. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 12(1), 21-25.
40. Boureau, F.Luu, M., Doubrère, J.F., Gay, C.(1984). Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs (Development of a self-evaluation questionnaire comprising pain descriptors). *Thérapie*, 39, 119-129.
41. Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostino, R., Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.
42. Daker-White, G. (2002). Reliable and valid self-report outcome measures in sexual dysfunctional systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 31(2), 197-209.
43. Peterson, C., Semmela, A., Vonbaeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Seligman, M.E.D. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy & Research*, 6(3), 287-300.
44. Eaves, G., Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 31-40.

45. Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
46. Tatu, P, Pellet, J, Lang, F, Pichon, M. (1994). The SCL-90-R in a sample of French-speaking adults without psychiatric disorders/La SCL 90 R dans un échantillon de sujets francophones libres de troubles psychiatriques. *Annales Médico-Psychologiques*, 152(3), 187-190.
47. Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38(1), 15-28.
48. Crane, D.R., Busby, D.M., & Larson, J.H. (1991). A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples. *American Journal of Family Therapy*, 19(1), 60-66.
49. Busby, D.M., Crane, D.R., Larson, J.H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Scale for use with distressed a nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional. *Journal of Marital & Family Therapy*, 21(3), 289-308.
50. Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and Validation of a Brief Version of the Dyadic Adjust Scale with a Nonparametric Item Analysis Model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27.
51. Nowinski, J.K., LoPiccolo, J (1979). Assessing sexual behavior in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5(3), 225-243.
52. Schover, L.R. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: An alternative to DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 39(5), 614-619.
53. Trudel, G., Ravart, M., & Matte, B. (1993). The use of multiaxial diagnostic system for sexual dysfunctions in assessment of hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19(2), 123-130.
54. Byers, E.S., Demmons, S. & Lawrance, K.A. (1998). Sexual satisfaction within dating relationship: A test of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(2), 257-267.

55. Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1987). *Explanatory style and illness. Journal of Personality, 55*, 237-265.
56. Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 974-991.
57. Fichten, C.S., Spector, I. Libman, E. (1988). Client attributions for sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 14*(3), 208-224.
58. Felton, B.J., & Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 343-353.
59. Harlow, B.L., & Stewart, E.G. (2005). Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. *American Journal of Epidemiology, 161*(9), 871-880.
60. Abramson, L.Y., Seligman, & Teasdale, M. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
61. Senchak, M., & Leonard, K.E. (1993). The Role of Spouses' Depression and Anger in the Attribution-Marital Satisfaction Relation. *Cognitive Therapy and Research, 17*(4), 397-409.
62. Frank, D., & Maass, A. (1985). Relationship Factors as Predictors of Causal Attributions About Sexual Experiences. *Sex Roles, 12*(7/8), 697-711.
63. Ganz, P.A., Desmond, K.A., Belin, T.R, Meyerowitz, B.E., Rowland, J.H. (1999). Predictors of Sexual Health in Women After a Breast Cancer Diagnosis, *Journal of Clinical Oncology, 17*(8), 2371-2380.
64. Scepkowski, L. A, Wiegel, M., Bach, A. K., Weisberg, R. B., Brown, T. A., Barlow, D. H. (2004). Attributions for sexual situations in men with and without erectile disorder: Evidence from a sex-specific attributional style measure. *Archives of Sexual Behavior, 33*(6), 559-569.

65. Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Beck, J. G., Sakheim, D. K., & Kelly, J. P. (1985). The effects of attentional focus and partner responsiveness on sexual responding: replication and extension. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 361-371.
66. Libman, E., Fichten, C., & Brender, W. (1984). Prognostic factors and classification issues in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *Personality and Individual Differences*, 5(1), 1-10.
67. Hurlbert, D.F., White, L.C., Powell, R.D., & Apt. C. (1993). Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women only groups and couples-only groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(1), 3-13.

Table 1 Sample characteristics (N = 38)

	Mean or <i>n</i>	SD or %
Characteristics		
Relationship duration (months)	35.2	45.5
Couple annual income		
\$0-\$9,999	7	18.4
\$10,000-\$19,999	5	13.2
\$20,000-\$29,999	6	15.8
\$30,000-\$39,999	4	10.5
\$40,000-\$49,999	5	13.2
\$50,000-\$59,999	1	2.6
\$60,000 and more	10	26.3
Women's pain intensity (MPQ)	37.34/77	1.96
Women's sexual functioning (FSFI)	19.05/36	6.19
Independent variables		
<i>Dyspareunia Attributions Questionnaire –</i>		
<i>Partner Version</i>	3.1/7	1.0
Internal attributions	3.1/7	1.1
Partner (women) responsibility attributions	3.8/7	1.3
Global attributions	4.2/7	1.4

Stable attributions

Dependent variables Psychological Distress (BSI)

Dyadic Adjustment Scale (DAS)	58.76/80	10.3
Sexual Functioning (FSH)	49.6/69	3.9
Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX)	0.56/1	0.06
	24/35	6.1

Table 2 Zero-order correlations between attributions, women's pain intensity and psychosexual variables

Measure	MPQ	FSFI	BSI-M	DAS-M	SHF-M	GMSEX-M	Attributions			
							Internal	Women	Global	Stable
							responsibility			
MPQ	--	.08	.35*	-.02	.21	-.15	--	--	--	--
FSFI		--	.01	-.10	.04	.09	.08	-.01	-.00	.07
BSI-M			--	-.26	.03	-.09	.40*	.34*	.33*	.48**
DAS-M				--	-.13	.14	-.38*	-.29	-.44**	-.32
SHF-M					--	-.30	.05	-.03	.09	.09
GMSEX-M						--	-.29	-.22	-.42**	-.46**

MPQ, McGill-Melzack Pain Questionnaire; FSFI: Female Sexual Function Index; BSI: Brief Symptom Inventory (M : Men); DAS: Dyadic Adjustment Scale (M : Men); SHF: Sexual History Form (M : Men); GMSEX: Global Measure of Sexual Satisfaction (M : Men). * $p < .05$. ** $p < 0.01$

Table 3

Summary of results of multiple hierarchical regression analysis with dyadic adjustment, psychological distress and sexual functioning as dependant variables

Dependent variable	Stand. β	Unique R^2	p
<i>Attributions and dyadic adjustment</i>			
Step 1			
$\Delta R^2 = .05$ $F = 3,58$ $p = .064$ trend			
Relationship duration	-0,25	0,05	,066 trend
Step 2			
$\Delta R^2 = .05$ $F = 0,88$ $p = ns$			
VAS	0,16	0,02	ns
MPQ	0,02	0,00	ns
Step 3			
$\Delta R^2 = .15$ $F = 4,66$ $p = .01$			
Internal attributions			ns
Global attributions			ns

Attributions and psychological distress

Step 1			
$\Delta R^2 = .01$ $F = 0,247$ $p = .ns$			
Relationship duration	-0,12	0,01	ns
Step 2			
$\Delta R^2 = .09$ $F = 4,90$ $p = .01$			
VAS	0,12	0,01	ns
MPQ	0,27	0,06	0,02
Step 3			
$\Delta R^2 = .16$ $F = 1,72$ $p = NS$			

<i>Internal attributions</i>			ns
<i>Global attributions</i>			ns
<i>Stable attributions</i>			ns
<hr/>			
<i>Attributions and sexual satisfaction</i>			
Step 1			
$\Delta R^2 = .03$ $F = 3,61$ $p = .061$ trend			
Relationship duration	-0,21	0,04	ns
Step 2			
$\Delta R^2 = .01$ $F = 0,20$ $p = ns$			
VAS	-0,06	0,00	ns
MPQ	0,00	0,00	ns
Step 3			
$\Delta R^2 = .22$ $F = 6,14$ $p = .001$			
<i>Global attributions</i>	-0,39	0,14	0,01
<i>Stable attributions</i>	-0,29	0,08	0,05

CHAPITRE IV
DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce quatrième et dernier chapitre de thèse est composé de trois sections. La première section rappelle les objectifs principaux de chacun des articles, ainsi qu'un résumé des résultats obtenus. La deuxième section porte sur les limites méthodologiques des études présentées et sur les nouvelles avenues de recherche proposées. Finalement, la troisième section est une conclusion générale qui témoigne des contributions apportées par la présente thèse dans le domaine de la dyspareunie et de la sexualité humaine.

Rappel des objectifs de la thèse et des principaux résultats

Premier article

Le premier article de cette thèse avait pour but d'évaluer si les attributions causales de la douleur vulvo-vaginale étaient des prédicteurs de l'intensité de la douleur, de la détresse psychologique, du fonctionnement sexuel et de l'ajustement dyadique chez les femmes atteintes de vestibulodynie. De manière plus spécifique, le premier objectif consistait à déterminer si l'émission d'attributions négatives (internes, globales, stables) prédit une augmentation de la douleur et de la détresse psychologique, ainsi qu'un faible ajustement dyadique et une diminution du fonctionnement sexuel. Le second objectif était d'examiner si les attributions de responsabilité envers le partenaire (homme) contribuent à l'augmentation de la douleur et de la détresse psychologique, ainsi qu'au faible ajustement dyadique et à une diminution du fonctionnement sexuel chez les femmes atteintes.

Les résultats de cette étude démontrent qu'après avoir contrôlé pour l'intensité de la douleur et la durée de la relation de couple, les attributions internes prédisent un ajustement dyadique élevé. Les résultats indiquent également que les attributions globales et stables des femmes sont d'excellents prédicteurs de leur détresse psychologique et dyadique. Qui plus est, les attributions globales sont négativement associées au fonctionnement sexuel des femmes, c'est-à-dire qu'une augmentation des attributions globales prédit une détérioration du fonctionnement sexuel (impact

néгатif sur le désir, l'excitation et l'orgasme). Par ailleurs, un niveau élevé de douleur est associé à une plus grande détresse psychologique chez les femmes souffrant de vestibulodynie.

Ces résultats ont une portée intéressante dans la compréhension actuelle de l'adaptation de la femme face au problème de douleur vulvo-vaginale. Ainsi, il semblerait que l'attribution personnelle de la responsabilité de la vestibulodynie soit un facteur de protection contre un faible ajustement dyadique. Le fait de se percevoir responsable d'une situation peut amener la femme à adopter des meilleures stratégies d'adaptation, telle qu'être plus proactive dans ses démarches de traitement et rehausser son sentiment d'efficacité personnelle envers la gestion de la douleur. Ainsi, la vestibulodynie serait moins perçue par la femme comme une menace pour son couple. De plus, en ce qui concerne l'influence des attributions globales et stables, il est probable que les femmes qui vivent des épisodes de douleur de façon répétitive - une durée supérieure à cinq années chez les femmes de l'étude - en viennent à percevoir le problème comme affectant toute les sphères de leur vie, croire qu'il ne sera jamais résolu et ainsi vivre une détresse psychologique et dyadique marquée. D'importants sentiments d'impuissance, générés par les attributions négatives, peuvent provoquer chez la femme la peur de perdre son partenaire, des difficultés de communication et une réduction de la mise en place de stratégies efficaces pour contrer la douleur. Par ailleurs, les attributions globales sont caractérisées par la détérioration du fonctionnement sexuel des femmes (désir, excitation et orgasme). Cette vision pessimiste de la douleur entraîne conséquemment une vision négative de la sexualité en général, où sexe devient synonyme de déplaisir et de peur. L'évitement des relations sexuelles, de la tendresse et de l'intimité avec le partenaire sont des éléments pouvant contribuer au maintien des attentes négatives envers les contextes sexuels et à la difficulté de la femme à éprouver du plaisir dans la sexualité. Enfin, à cela s'ajoute l'intensité élevée de la douleur, inconfort réel, venant confirmer à la femme qu'elle doit anticiper et craindre cette douleur désagréable et persistante.

Ce mode de pensée peut suffire à lui-même à créer une plus grande détresse psychologique chez la femme.

Il est important de mentionner que deux hypothèses de l'étude n'ont pas été confirmées. Premièrement, il n'existe aucune association entre les attributions et l'intensité de la douleur. D'ailleurs, mise à part la détresse psychologique, aucune variable psychosexuelle n'est corrélée avec l'intensité de la douleur chez la femme. Ces résultats suggèrent que la sévérité de la douleur ne soit pas l'unique responsable de la détérioration du fonctionnement sexuel chez la femme atteinte de vestibulodynie. D'autres variables psychosociales telles que les attributions, peuvent contribuer à expliquer les différences individuelles observées chez les femmes souffrant de vestibulodynie quant à leur détresse psychologique, leur fonctionnement sexuel et leur ajustement dyadique. Deuxièmement, en ce qui concerne le second objectif de l'étude, les résultats démontrent que les attributions de responsabilité envers le partenaire (homme) ne prédisent pas l'augmentation de la douleur et de la détresse psychologique, ni un faible ajustement dyadique et une diminution du fonctionnement sexuel chez les femmes atteintes. L'absence de corrélation entre les attributions de responsabilité envers le partenaire et les variables psychosexuelles peut être en partie expliquée par un manque de puissance statistique reliée à la taille échantillonnale restreinte de la présente étude. Ainsi, bien que la variable comportant les attributions de responsabilité envers le partenaire soit distribuée normalement, très peu de femmes de l'étude perçoivent leur partenaire comme étant responsable de leur douleur. De plus, comme il a été mentionné que les attributions internes étaient un moyen adaptatif de contrer un pauvre ajustement dyadique, l'absence d'attributions de responsabilité envers le partenaire peut aussi se révéler comme une tentative de préserver la qualité de la relation de couple qui est souvent perçue comme précaire par la femme.

Deuxième article

Le deuxième article de la thèse visait essentiellement à déterminer si les attributions des hommes envers la vestibulodynie expliquent leur propre détresse psychologique, leur ajustement dyadique, leur fonctionnement sexuel, leur satisfaction sexuelle ainsi que la douleur et le fonctionnement sexuel de leur partenaire féminine. Cet article comportait deux objectifs principaux : 1) examiner si l'émission d'attributions négatives (internes, globales et stables) est un prédicteur potentiel, pour l'homme, de l'augmentation de la détresse psychologique, d'un faible ajustement dyadique, d'une diminution du fonctionnement et de la satisfaction sexuelle, ainsi que pour la femme d'une augmentation de la douleur et une diminution du fonctionnement sexuel; 2) examiner si les attributions de responsabilité envers la partenaire (femme) prédisent pour l'homme une augmentation de la détresse psychologique, un faible ajustement dyadique et une diminution du fonctionnement et de la satisfaction sexuel, ainsi que pour la femme une augmentation de la douleur et une diminution du fonctionnement sexuel

Dans un premier temps, les résultats indiquent qu'un degré élevé de douleur chez la femme, contribuent à la prédiction de la détresse psychologique de l'homme. Ils démontrent aussi que les attributions internes et globales contribuent à la diminution de l'ajustement dyadique chez l'homme. Enfin, les attributions globales et stables de l'homme envers la vestibulodynie sont des prédicteurs de son insatisfaction sexuelle.

Ces résultats génèrent des explications pertinentes quant à la contribution relative des attributions au fonctionnement psychosexuel de l'homme ayant une partenaire souffrant de vestibulodynie. Ainsi, il est possible que les partenaires hommes qui se perçoivent comme étant responsables du problème de douleur vulvo-vaginale soient plus susceptibles de ressentir un fort sentiment de culpabilité. Si de plus, la femme présente un degré élevé de douleur, le sentiment de culpabilité de l'homme sera décuplé et la détresse psychologique n'en sera que maintenue et renforcée. Il est aussi plausible de croire que les hommes qui perçoivent la douleur

comment affectant plusieurs sphères de leur vie et persistant dans le temps vont être amenés à vivre un sentiment d'impuissance. Il est fort à parier que ce sentiment d'impuissance diminue les efforts déployés quant à la recherche de stratégies d'adaptation efficaces et mène conséquemment à des degrés plus élevés de détresse psychologique chez l'homme. De plus, il est possible qu'une stratégie inefficace de l'homme soit d'orienter le blâme sur la femme, surtout lorsque celle-ci continue de se faire dire par les différents professionnels que la douleur n'est pas réelle étant donné l'absence d'indicateurs biomédicaux apparents lors de l'examen gynécologique. L'évitement du problème de douleur pourrait contribuer à la détresse psychologique chez l'homme, et ce surtout si la femme présente des degrés élevés de douleur. Par ailleurs, si les hommes se blâment eux-mêmes pour la douleur durant les relations sexuelles et s'ils croient qu'elle affecte toutes les sphères de leur vie, ils peuvent aussi présumer qu'ils ne sont pas un bon partenaire sexuel et qu'ils sont incapable de satisfaire sexuellement leur femme. Puisque la sexualité est un domaine central de la vie de couple et que celle-ci est affectée de manière négative par la vestibulodynie, l'homme peut développer la peur de perdre la partenaire et cette anxiété peut nuire à l'intimité au sein de sa relation de couple et diminuer sa capacité à être complètement satisfait de celle-ci. Dans le contexte de la présente étude, les hommes sont plus insatisfaits sexuellement quand ils croient que le problème de douleur affecte toutes les sphères de leur vie et qu'il ne sera jamais résolu dans le futur. Ces pensées négatives peuvent amener l'homme à éviter progressivement la sexualité et à diminuer la fréquence d'initiation des relations sexuelles, ce qui peut à son tour maintenir leur conviction que la sexualité n'est pas pleinement satisfaisante.

Finalement, il y a dans ce deuxième article certaines hypothèses qui ne sont pas confirmées. En premier lieu, aucune association n'a été observée entre les quatre dimensions négatives des attributions, comprenant celle de responsabilité envers la partenaire, et le fonctionnement sexuel de l'homme. À cet effet, il est possible que les attributions négatives influencent le fonctionnement sexuel uniquement quand ces attributions sont reliées à sa propre performance sexuelle ou dysfonction sexuelle et

non reliées à celle de la partenaire. Une autre hypothèse alternative concernant l'absence d'influence des attributions sur le fonctionnement sexuel de l'homme est que l'échantillon est constitué d'hommes très jeunes et ceci peut contribuer au maintien de la santé sexuelle en dépit du problème de douleur récurrent. Enfin, un dernier résultat saisissant est l'absence de corrélations entre les attributions négatives de l'homme et la douleur et le fonctionnement sexuel de la femme. Il semblerait que la perception négative de l'homme quant à vestibulodynie n'affecterait pas la symptomatologie de la partenaire. Peut-être que ces attributions négatives ne sont pas invalidantes si elles ne sont pas communiquées directement à la partenaire. En fait, l'émission d'attributions causales se veut une stratégie cognitive individuelle où l'interprétation personnelle de l'expérience de la douleur et/ou d'un problème sexuel semble être un meilleur prédicteur de son propre ajustement psychosexuel que de la détérioration du fonctionnement sexuel et de l'augmentation de la douleur ressentie chez la femme.

Limites des études présentées et pistes de recherches futures

Certaines limites méthodologiques doivent être considérées avant d'aborder les contributions relatives des études présentées. Une première limite a trait à l'échantillon, c'est-à-dire que le sous-groupe de femmes souffrant de vestibulodynie provoquée pourrait ne pas être représentatif de la population plus large de femmes souffrant de dyspareunie. Malgré le fait que la vestibulodynie soit la principale cause de dyspareunie chez les femmes pré-ménopausées (Friedrich, 1987), d'autres recherches scientifiques doivent répliquer ces résultats avec un échantillon de femmes qui souffrent d'autres types de dyspareunie (p. ex., les femmes post-ménopausées). En second lieu, il serait possible que les participantes recrutées dans le cadre de l'étude originale soient influencées par leur désir de trouver un traitement approprié. Par conséquent, il serait plausible que cet échantillon de femmes éprouve davantage d'attributions négatives ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la

population. De plus, cette étude est corrélationnelle et elle ne permet pas de déterminer la direction de la relation entre les attributions et les variables de l'ajustement psychosexuel et dyadique, ce qui limite les inférences causales. Toutefois, le modèle cognitif des attributions de Peterson, & Seligman (1984, 1987) propose que cette relation soit unidirectionnelle. De plus, plusieurs études ont démontré que les attributions sont des prédicteurs de la santé physique et du rétablissement face à la maladie (Agrawal, & Dalal, 1993; Bar-On et al. 1994; Billings et al. 1997; Chalder et al. 1996; Dua, 1995). Bref, des études expérimentales et prospectives sont fortement recommandées afin de déterminer la véritable contribution des attributions quant à l'ajustement psychosexuel et dyadique des deux membres du couple. En troisième lieu, bien que l'évaluation des attributions se soit avérée fructueuse, notre étude n'examine pas les autres prédicteurs potentiels de l'ajustement impliqués dans l'expérience de la douleur vulvo-vaginale. Par exemple, il n'est pas permis d'exclure la possibilité que d'autres facteurs cognitifs, tel que la peur d'avoir mal (Payne, Binik, Amsel, & Khalifé, 2005), puisse expliquer les variations de l'adaptation psychosexuelle des femmes souffrant de vestibulodynie. Chez l'homme, des variables d'évitement (éviter d'aborder la sexualité, éviter l'intimité avec la partenaire) pourraient constituer d'autres déterminants majeur de l'ajustement psychosexuel et dyadique. Ainsi, des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'examiner plus précisément le rôle des différents facteurs cognitifs qui peuvent influencer l'expérience de la douleur durant les relations sexuelles chez les deux membres du couple.

Contribution scientifique de la thèse et conclusion générale

La présente thèse et ses principaux résultats apportent des contributions théoriques et cliniques significatives au domaine de la dyspareunie. Une force majeure de cette étude est d'examiner l'étiologie de la vestibulodynie selon une perspective biopsychosociale, puisque la majorité des travaux publiés dans le domaine ont portés

exclusivement sur les facteurs biomédicaux (Bergeron, Pukall, & Mailloux., sous presse). Il s'agit de la première investigation rigoureuse du rôle d'une variable cognitive dans l'expérience de la dyspareunie et la détérioration du fonctionnement psychosexuel associée. De plus, hormis l'étude exploratoire effectuée par Meana et ses collègues (1999), la présente étude est la première à se pencher sur l'évaluation des théories et des explications personnelles des femmes concernant l'expérience de la douleur vulvo-vaginale. Ceci est particulièrement intéressant quand nous savons que ces femmes continuent de recevoir des messages stéréotypés de la part des professionnels de la santé à l'effet que le problème de douleur est dans leur tête ou bien qu'elles n'aiment pas la sexualité.

Sur le plan théorique, les résultats de la présente étude n'appuient pas la conceptualisation populaire qui soutient que la détérioration du fonctionnement psychosexuel est nécessairement une conséquence directe de l'intensité de la douleur chez les femmes souffrant de dyspareunie. Tel qu'observé auprès de plusieurs autres populations de douleur chronique, les facteurs psychosociaux peuvent jouer un rôle important dans l'incapacité reliée à la douleur (Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004; Turk, & Okifuji, 2002). Ainsi, les attributions contribuent à expliquer en partie les différences individuelles observées entre les femmes atteintes de vestibulodynie en ce qui a trait à leur détresse psychologique, leur fonctionnement sexuel et leur ajustement dyadique. Les résultats de la présente thèse corroborent donc le modèle biopsychosocial de la douleur, qui postule l'interdépendance des variables cognitives, affectives, interpersonnelles, comportementales et biomédicales dans l'expérience de la douleur et de l'incapacité (Bergeron, Meana, Binik, & Khalifé, 2003; Binik, 2005; Keefe, Rumble, Scipio, Giordano, & Perri, 2004; Melzack, & Wall, 1982).

De plus, bien que de récentes études aient abordé le rôle de la partenaire féminine dans un contexte de dysfonction sexuelle masculine et de son traitement (Fisher et al., 2005; Goldstein et al., 2005; Shindel et al., 2005; Smith et al., 2005), cette étude est la première à examiner la perspective de l'homme envers la

dysfonction sexuelle féminine de sa partenaire. Par ailleurs, les résultats de la présente étude contribuent à une meilleure compréhension de l'influence de la douleur vulvo-vaginale sur le partenaire en santé et soulignent également l'importance des facteurs cognitifs, tels que les attributions, dans l'adaptation face à la difficulté sexuelle de la partenaire. Bref, la présente thèse de doctorat constitue une première étape importante dans l'étude du rôle des facteurs dyadiques et cognitifs en lien avec l'étiologie des dysfonctions sexuelles féminines et des problèmes de douleur gynécologique.

D'un point de vue clinique, les résultats de la présente recherche indiquent que les variables cognitives telles que les attributions doivent être ciblées dans le traitement psychosexuel de la dyspareunie. Spécifiquement, la modification d'un style attributionnel négatif peut contribuer à l'amélioration de l'ajustement dyadique, du fonctionnement sexuel, de la satisfaction sexuelle et de l'humeur des deux membres du couple. Les résultats des études appuient l'utilisation de la thérapie cognitive-behaviorale comme une intervention-clé dans le traitement de la dyspareunie (Bergeron et al., 2001). De plus, la thérapie conjugale semblerait tout indiquée puisque le partenaire est directement affecté par cette problématique et que son explication personnelle du problème va influencer son adaptation à ce dernier. En effet, il a été démontré que l'intégration du partenaire masculin dans les traitements sexuels permettait d'obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques chez la femme atteinte d'une dysfonction orgasmique ou d'un trouble du désir sexuel hypoactif (Hurlbert et al., 1993; Libman et al., 1984). Dans le contexte de la douleur vulvo-vaginale, une intervention psychoéducative portant sur les causes de la vestibulodynie favoriserait l'émergence des différentes attributions négatives formulées par chacun des membres du couple et constituerait un premier pas vers leur modification.

Enfin, les résultats de la présente thèse orientent les recherches futures vers l'étude des variables cognitives, affectives et interpersonnelles afin d'améliorer notre compréhension de l'étiologie de la dyspareunie et de mieux soulager la souffrance des femmes atteintes. En ce qui concerne les variables à investiguer, d'autres travaux

focalisant sur les contributions relatives du partenaire et du couple ainsi que sur celles de variables cognitives telles que la catastrophisation, l'hypervigilance et l'efficacité personnelle sont nécessaires à l'enrichissement des conceptualisations théorique et clinique de l'expérience de la douleur vulvo-vaginale chez la femme. Par ailleurs, selon une perspective méthodologique, des devis prospectifs et expérimentaux devront être élaborés afin de mieux qualifier la nature de la relation entre les attributions, la douleur vulvo-vaginale et les répercussions psychosexuelles associées.

APPENDICE A

CONSIGNES ET FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

A.1 Étude 1

A.1.1 Consignes Étude 1

A.1.2 Formulaire de consentement Étude 1

A.2 Étude 2

A.2.1 Consignes Étude 2

A.2.2 Formulaire de consentement Étude 2

A.1 Étude 1

A.1.1 Consignes Étude 1

PROCÉDURE QUESTIONNAIRES

Voici une série de questionnaires à compléter :

- ❖ Vous devez compléter tous les questionnaires à moins d'indications contraires (voir consignes de chacun des questionnaires).
- ❖ Il est bien important de toujours lire la consigne avant de compléter un questionnaire.
- ❖ Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous demander de l'aide.
- ❖ Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
- ❖ Vous devez compléter ces questionnaires seule.
- ❖ Il vous faut compléter tous les questionnaires dans la mesure du possible et faire bien attention de répondre à toutes les questions.
- ❖ Si vous hésitez entre deux réponses, choisissez celle qui se rapproche le plus de votre situation.
- ❖ À moins d'avis contraire, vous ne devez donner qu'une seule réponse par question.
- ❖ Portez attention aux choix de réponses qui peuvent varier d'un questionnaire à l'autre ainsi qu'à l'intérieur d'un même questionnaire.
- ❖ Toutes les informations recueillies sont strictement confidentielles et votre participation est anonyme.
- ❖

Nous tenons à vous remercier de votre généreuse participation qui contribuera à l'avancement de la recherche scientifique.

Merci et bonne journée!

L'équipe du Laboratoire d'Étude de la Douleur Gynécologique

A.1.2 Formulaire de consentement Étude 1



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT # 1 (v.3)

La Thérapie de Soulagement de la Douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : Une étude contrôlée à répartition aléatoire

Projet subventionné par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec

Évaluation de pré-sélection

Chercheurs principaux

Sophie Bergeron, Ph.D., Irv Binik, Ph.D., Frédérique Courtois, Ph.D., psychologues et professeurs, et Samir Khalifé, M.D., Marie-Josée Dupuis, M.D., gynécologues-obstétriciens

Université du Québec à Montréal

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal - Pavillon Saint-Luc

Hôpital Général Juif

Centre Universitaire de Santé McGill - Hôpital Royal Victoria

Introduction

La présente étude est réalisée par un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Les chercheurs principaux sont les psychologues Sophie Bergeron et Frédérique Courtois du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), situé au 455 est, boul. René Lévesque, 987-3000 poste 4181, et Irv Binik du département de psychologie de l'Université McGill, situé au 1205 Dr. Penfield, 398-6094. Les gynécologues sont les Dr. Samir Khalifé, du département d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital Général Juif, et Dr. Marie-Josée Dupuis, de la Clinique de la Santé Sexuelle de la Femme, du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)- Pavillon Saint-Luc, situé au 1560 est, boul. René-Lévesque, 890-8000.

Objectif de l'évaluation

La présente évaluation a pour but de déterminer si les femmes intéressées à participer à une étude de traitement portant sur le syndrome de la vestibulite vulvaire (douleur pendant les relations sexuelles) rencontrent les critères de sélection. L'objectif de l'étude de traitement est d'examiner l'efficacité de la Thérapie de Soulagement de la Douleur (thérapie sexuelle/gestion de la douleur) en comparaison au traitement médical habituel. Cette démarche vers une meilleure compréhension de la douleur vulvaire vise à aider les professionnels de la santé à développer des traitements plus efficaces pour les femmes comme moi qui souffrent de ce problème frustrant et dérangeant.

Nature de ma participation

Je prendrai part à une entrevue dirigée et répondrai à des questionnaires portant sur mon histoire médicale, ma douleur pendant les relations sexuelles, ma sexualité, mes attitudes sexuelles, ma relation de couple et mes symptômes actuels, physiques et psychologiques (durée totale = 60 minutes). Cette entrevue sera conduite par un membre de l'équipe de recherche. De plus, je prendrai part à un examen gynécologique de routine incluant des cultures vaginales. Le ou la gynécologue, membre de l'équipe de recherche, prendra un prélèvement du vagin, et ceci avec un coton-tige. Cette procédure ne durera que quelques secondes et ne me causera aucune douleur (semblable à un test Pap). De plus, le ou la gynécologue effectuera le test du coton-tige, c'est-à-dire une palpation de six points différents tout autour de l'entrée du vagin afin d'évaluer l'intensité de la douleur. Le gynécologue procédera ensuite à une autre mesure de ma douleur à l'aide d'un instrument appelé « vulvalgesiometer » qui permet de standardiser l'évaluation de la douleur en mesurant la pression appliquée lors de la palpation d'un point spécifique du vestibule. Une auxiliaire de recherche sera présente lors de l'examen gynécologique afin de noter les évaluations de la douleur qu'on me demandera de donner à différents moments de l'examen.

Les résultats des tests me seront communiqués par téléphone de deux à trois semaines suivant la procédure d'évaluation. *Si les résultats des tests révélaient des problèmes, on m'offrirait la possibilité de rencontrer un médecin.* Toute infection décelée lors des tests sera traitée. Je saurai *par la même occasion* si je rencontre les critères de sélection de l'étude. Si je rencontre les critères de sélection et que je suis toujours intéressée à prendre part à l'étude, on m'expliquera le déroulement complet de l'étude. Si je ne rencontre pas les critères de

sélection, ou si je ne suis plus intéressée à participer à l'étude, on me proposera d'autres traitements et on me référera au professionnel de la santé approprié.

Avantages personnels pouvant découler de ma participation

Je comprends que ma participation à la présente étude scientifique pourra me permettre de parler de mon problème de douleur pendant les relations sexuelles et de son impact sur ma vie sexuelle et sur ma vie de couple. En aucun cas, il ne s'agit d'une entrevue de consultation. De plus, je bénéficierai d'une évaluation complète de ma douleur pendant les relations sexuelles par une équipe multidisciplinaire de chercheurs et de cliniciens spécialisés dans le traitement de la dyspareunie (douleur pendant les relations sexuelles). Je recevrai des recommandations de traitement, que je participe dans l'étude de traitement ou non.

Compensation

Je recevrai 10\$ pour couvrir les frais encourus par ma participation à cette évaluation.

Risques potentiels pouvant découler de ma participation

Je comprends que certaines questions de l'entrevue dirigée pourraient me paraître intimes. Afin de prévenir le risque d'inconfort, l'administration de l'entrevue a été confiée à une intervieweuse spécialisée dans l'évaluation de la douleur pendant les relations sexuelles qui saura poser les questions avec professionnalisme et tact. De plus, je pourrai toujours refuser de répondre à certaines questions. Si l'inconfort persiste, je pourrai en faire part à l'intervieweuse qui pourra me référer à un professionnel de la santé approprié.

Je comprends aussi que l'examen gynécologique pourrait être douloureux, puisque je souffre d'un problème de douleur à la pénétration. Je pourrai contrôler le rythme de l'examen gynécologique et demander qu'on interrompe l'examen si je le désire.

Arrêt potentiel du projet

Votre participation à ce projet de recherche peut être interrompue par le chercheur pour des raisons internes à la conduite du projet ou s'il croit que cela est dans votre intérêt.

Personnes-ressources

Je comprends que je peux en tout temps me retirer de l'étude et que je peux refuser de répondre à certaines questions sans que ma décision ne me prive des services professionnels auxquels j'ai droit. Toute question sur ma participation peut être adressée à Sophie Bergeron (987-3000 poste 3031) ou Irv Binik (398-6095). Si une plainte ne peut être réglée, je peux faire valoir mes droits auprès du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM au numéro 987-3000 poste 7753. Si mes évaluations gynécologiques ont lieu au CHUM - Pavillon Saint-Luc, je peux également communiquer avec la commissaire à la qualité des services du CHUM, Hôpital St-Luc, Madame Christine Siclait au 890-8000 poste 36366.

Confidentialité

Je comprends que toutes les informations recueillies pour cette étude seront gardées confidentielles. Toutes les informations recueillies lors de ce projet seront conservées et entreposées de façon sécuritaire et confidentielle pendant les 3 années suivant la fin du présent projet. Par la suite, ces informations seront détruites. Les résultats de la présente

évaluation seront inscrits dans deux dossiers: le premier, qui inclura les cultures et les résultats des examens gynécologiques, demeurera à l'hôpital et sera identifié par mon nom.

Le second dossier, qui inclura l'entrevue dirigée, les questionnaires ainsi que les résultats des examens gynécologiques, demeurera à la disposition de l'équipe de recherche seulement et sera identifié uniquement par un numéro.

Clause légale

Votre participation ne libère ni les chercheurs ni l'établissement de leurs responsabilités civiles et personnelles.

Signature de la participante

De façon générale, les procédures de l'étude ont été expliquées à ma satisfaction et on a répondu à toutes mes questions. Je suis d'accord pour prendre part à l'étude d'évaluation de pré-sélection. Je garderai une copie de ce formulaire.

Signature (participante) _____

Nom _____

Date _____

Signature (interviewer) _____

Nom _____

Date _____

Signature (chercheur)

Nom

Date

Je recevrai une copie signée du présent formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT # 1 (v.3)

La Thérapie de Soulagement de la Douleur pour le traitement de la vestibulite

vulvaire : Une étude contrôlée à répartition aléatoire

Projet subventionné par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec

Évaluation de pré-sélection

Chercheurs principaux

Sophie Bergeron, Ph.D., Irv Binik, Ph.D., Frédérique Courtois, Ph.D., psychologues et professeurs, et Samir Khalifé, M.D., Marie-Josée Dupuis, M.D., gynécologues-obstétriciens

Université du Québec à Montréal

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal - Pavillon Saint-Luc

Hôpital Général Juif

Centre Universitaire de Santé McGill - Hôpital Royal Victoria

Introduction

La présente étude est réalisée par un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Les chercheurs principaux sont les psychologues Sophie Bergeron et Frédérique Courtois du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), situé au 455 est, boul. René Lévesque, 987-3000 poste 4181, et Irv Binik du département de psychologie de l'Université McGill, situé au 1205 Dr. Penfield, 398-6094. Les gynécologues sont les Dr. Samir Khalifé, du département d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital Général Juif, et Dr. Marie-Josée Dupuis, de la Clinique de la Santé Sexuelle de la Femme, du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)- Pavillon Saint-Luc, situé au 1560 est, boul. René-Lévesque, 890-8000.

Objectif de l'évaluation

La présente évaluation a pour but de déterminer si les femmes intéressées à participer à une étude de traitement portant sur le syndrome de la vestibulite vulvaire (douleur pendant les relations sexuelles) rencontrent les critères de sélection. L'objectif de l'étude de traitement est d'examiner l'efficacité de la Thérapie de Soulagement de la Douleur (thérapie sexuelle/gestion de la douleur) en comparaison au traitement médical habituel. Il n'y a présentement pas de traitement standard pour la vestibulite vulvaire, mais le traitement médical, qui consiste généralement en l'application de

différents types de crèmes, semble être le plus fréquemment recommandé par les médecins. Notre équipe de recherche a développé un nouveau traitement comportemental pour la vestibulite vulvaire, soit la Thérapie de Soulagement de la Douleur, et nous voulons savoir si cette thérapie est plus efficace que le traitement médical habituel. Cette démarche vers une meilleure compréhension de la douleur vulvaire vise à aider les professionnels de la santé à développer des traitements plus efficaces pour les femmes comme vous qui souffrent de ce problème frustrant et dérangeant.

Nature de votre participation

Vous prendrez part à une entrevue dirigée et répondrez à des questionnaires portant sur votre histoire médicale, votre douleur pendant les relations sexuelles, votre sexualité, vos attitudes sexuelles, votre relation de couple et vos symptômes actuels, physiques et psychologiques (durée totale = 60 minutes). Cette entrevue sera conduite par une membre de l'équipe de recherche. De plus, vous prendrez part à un examen gynécologique de routine incluant des cultures vaginales. Le ou la gynécologue, membre de l'équipe de recherche, prendra un prélèvement du vagin, et ceci avec un coton-tige. Cette procédure ne durera que quelques secondes et ne vous causera aucune douleur (semblable à un test Pap). De plus, le ou la gynécologue effectuera le test du coton-tige, c'est-à-dire une palpation de six points différents tout autour de l'entrée du vagin afin d'évaluer l'intensité de la douleur. Le gynécologue procédera ensuite à une autre mesure de votre douleur à l'aide d'un instrument appelé le

« vulvalgesiometer » qui permet de standardiser l'évaluation de la douleur en mesurant la pression appliquée lors de la palpation d'un point spécifique du vestibule. Une auxiliaire de recherche sera présente lors de l'examen gynécologique afin de noter les évaluations de la douleur qu'on vous demandera de donner à différents moments de l'examen.

Les résultats des tests vous seront communiqués par téléphone de deux à trois semaines suivant la procédure d'évaluation. *Si les résultats des tests révélaient des problèmes, on vous offrirait la possibilité de rencontrer un médecin.* Toute infection décelée lors des tests sera traitée. Vous saurez *par la même occasion* si vous rencontrez les critères de sélection de l'étude. Si vous rencontrez les critères de sélection et que vous êtes toujours intéressée à prendre part à l'étude, on vous expliquera le déroulement complet de l'étude. Si vous ne rencontrez pas les critères de sélection, ou si vous n'êtes plus intéressée à participer à l'étude, on vous proposera d'autres traitements et on vous référera au professionnel de la santé approprié.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

Votre participation à la présente étude scientifique pourra vous permettre de parler de votre problème de douleur pendant les relations sexuelles et de son impact sur votre vie sexuelle et sur votre vie de couple. En aucun cas, il ne s'agit d'une entrevue de consultation. De plus, vous bénéficierez d'une évaluation complète de votre douleur pendant les relations sexuelles par une équipe multidisciplinaire de chercheurs et de

cliniciens spécialisés dans le traitement de la dyspareunie (douleur pendant les relations sexuelles). Vous recevrez des recommandations de traitement, que vous participiez dans l'étude de traitement ou non.

Risques potentiels pouvant découler de votre participation

Certaines questions de l'entrevue dirigée pourraient vous paraître intimes. Afin de prévenir le risque d'inconfort, l'administration de l'entrevue a été confiée à une intervieweuse spécialisée dans l'évaluation de la douleur pendant les relations sexuelles qui saura poser les questions avec professionnalisme et tact. De plus, vous pourrez toujours refuser de répondre à certaines questions. Si l'inconfort persiste, vous pourrez en faire part à l'intervieweuse qui pourra vous référer à un professionnel de la santé approprié. Vous recevrez 10\$ pour couvrir les frais encourus par votre participation à cette évaluation.

L'examen gynécologique pourrait être douloureux, puisque vous souffrez d'un problème de douleur à la pénétration. Vous pourrez contrôler le rythme de l'examen gynécologique et demander qu'on interrompe l'examen si vous le désirez.

Arrêt potentiel du projet

Si jamais les données recueillies au cours de ce projet de recherche le rendaient non éthique, cela pourrait mener à l'arrêt du projet.

Mise en garde

Vous pouvez en tout temps poser des questions à propos de l'étude et votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez en tout temps vous retirer de l'étude et refuser de prendre part à l'étude ou de répondre à certaines questions sans que votre décision ne vous prive des services professionnels auxquels vous avez droit. Toute question, critique ou plainte peut être adressée à Sophie Bergeron (987-3000 poste 3031) ou Irv Binik (398-6095). Si votre plainte ne peut être réglée, vous pouvez faire valoir vos droits auprès du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies pour cette étude seront gardées confidentielles. Les résultats de la présente évaluation seront inscrits dans deux dossiers: le premier, qui inclura les cultures et les résultats des examens gynécologiques, demeurera à l'hôpital et sera identifié par votre nom. Le second dossier, qui inclura l'entrevue dirigée, les questionnaires ainsi que les résultats des examens gynécologiques, demeurera à la disposition de l'équipe de recherche seulement et sera identifié uniquement par un numéro.

Signature de la participante

De façon générale, les procédures de l'étude ont été expliquées à ma satisfaction et on a répondu à toutes mes questions. Je suis d'accord pour prendre part à l'étude d'évaluation de pré-sélection. Je garderai une copie de ce formulaire.

Signature (participante) _____

Nom _____

Date _____

Signature (témoin) _____

Nom _____

Date _____

A.2 Étude 2

A.2.1 Consignes Étude 2

Cher partenaire,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à notre étude portant sur les douleurs gynécologique de l'Université du Québec à Montréal.

Voici quelques informations pour vous aider dans la complétion de ces questionnaires :

- Vous devez répondre à chacune des questions en étant seul et de manière spontanée.
- Veuillez noter qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
- Une seule réponse est autorisée pour chaque question à moins d'avis contraire.
- Veuillez vous assurer de bien lire les consignes indiquées au début de chaque questionnaire car elles peuvent changer fréquemment.
- Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude sont strictement confidentielles.

Par ailleurs, nous effectuerons une procédure de rappel téléphonique dans les trois semaines subséquentes pour assurer votre compréhension et ainsi favoriser le bon déroulement de votre participation à notre étude.

En cas d'interrogations ou pour des informations supplémentaires, il est possible de communiquer avec nous au (514) 987-3000 poste 2102.

Coordonnatrice de recherche : Geneviève Mailloux

Au nom de toute notre équipe de recherche, nous tenons à vous remercier sincèrement de votre participation!

Le Laboratoire d'Étude de la Douleur Gynécologique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

A.2.2 Formulaire de consentement Étude 2



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT #3 (v.1)

*La Thérapie de Soulagement de la Douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : Une
étude contrôlée à répartition aléatoire*

Projet subventionné par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec

Chercheurs principaux

Sophie Bergeron, Ph.D., Irv Binik, Ph.D., Frédérique Courtois, Ph.D., psychologues et
professeurs, et Samir Khalifé, M.D., Marie-Josée Dupuis, M.D., gynécologues

Université du Québec à Montréal

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal - Pavillon Saint-Luc

Hôpital Général Juif

Centre Universitaire de Santé McGill - Hôpital Royal Victoria

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT #3 POUR LES PARTENAIRES

Introduction

La présente étude est réalisée par un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Les chercheurs principaux sont les psychologues Sophie Bergeron et Frédérique Courtois du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), situé au 455 est, boul. René Lévesque, 987-3000 poste 4181, et Irv Binik du département de psychologie de l'Université McGill, situé au 1205 Dr. Penfield, 398-6094. Les gynécologues sont les Dr. Samir Khalifé, du département d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital Général Juif, et Dr. Marie-Josée Dupuis, de la Clinique de la Santé Sexuelle de la Femme, du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)- Pavillon Saint-Luc, situé au 1560 est, boul. René-Lévesque, 890-8000.

Objectif de l'étude

Votre partenaire féminine fait partie d'une étude dont le but est d'examiner l'efficacité respective de deux traitements utilisés pour le syndrome de vestibulite vulvaire (douleur lors des relations sexuelles) - La Thérapie de Soulagement de la Douleur (thérapie sexuelle/gestion de la douleur) et le traitement médical habituel qui consiste en l'application localisée d'une crème à base de corticostéroïde. Dans le cadre de cette étude, nous examinerons aussi les facteurs associés au succès thérapeutique tel que le rôle du partenaire.

L'objectif de votre participation au présent projet de recherche est de recueillir de l'information à propos du rôle du partenaire masculin dans l'expérience des relations sexuelles douloureuses et leur traitement. Cette démarche vers une meilleure compréhension de la douleur vulvaire vise à aider les professionnels de la santé à développer des traitements plus efficaces pour les femmes qui souffrent de ce problème frustrant et dérangeant.

Nature de votre participation

Votre participation à la présente étude impliquera la complétion de questionnaires à propos de vos réactions à la douleur, votre fonctionnement sexuel, votre satisfaction relationnelle et vos symptômes psychologiques actuels (durée = 45 minutes). Une fois les questionnaires remplis, vous devrez les envoyer par courrier à Geneviève Mailloux – coordonnatrice de recherche de l'étude – dans l'enveloppe de retour pré-affranchie que nous vous avons fournie.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

Votre participation à cette étude bénéficiera aux femmes qui souffrent de douleurs pendant les relations sexuelles en aidant les chercheurs à clarifier le rôle du partenaire dans l'expérience de la douleur pendant les relations sexuelles et dans le traitement de ce type de problème. Il n'y a aucun risque à participer à cette étude.

Risques potentiels pouvant découler de votre participation

Certains items des questionnaires peuvent paraître très intimes. Afin de prévenir tout risque d'inconfort, vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions.

Avertissement

Vous pouvez poser des questions à propos de cette étude à n'importe quel moment et votre participation est strictement volontaire. Vous pouvez en tout temps vous retirer de l'étude et refuser de répondre à certaines questions sans que votre décision ne vous prive des services professionnels auxquels vous avez droit. Toutes questions sur votre participation, critiques ou plaintes peuvent être adressées à Sophie Bergeron (987-3000 poste 3031) ou Irv Binik (398-6095). Si une plainte ne peut être réglée, vous pouvez faire valoir vos droits auprès du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal au numéro 987-3000 poste 7753.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront gardées confidentielles. Une copie de vos questionnaires sera conservée dans un dossier. Ce dossier demeurera à la disposition des membres de l'équipe de recherche seulement et sera identifié par un numéro d'identification.

Signature du participant

De façon générale, les procédures de l'étude ont été expliquées à ma satisfaction et on a répondu à toutes mes questions. Je suis d'accord pour prendre part à l'étude. Je garderai une copie de ce formulaire.

Signature (participant) _____

Nom _____

Date _____

Signature (interviewer) _____

Nom _____

Date _____

Signaturé (chercheur) _____

Nom _____

Date _____

Je recevrai une copie signée du présent formulaire de consentement.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT #3 (v.1)

La Thérapie de Soulagement de la Douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : Une étude contrôlée à répartition aléatoire

Projet subventionné par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec

Chercheurs principaux

Sophie Bergeron, Ph.D., Irv Binik, Ph.D., Frédérique Courtois, Ph.D., psychologues et professeurs, et Samir Khalifé, M.D., Marie-Josée Dupuis, M.D., gynécologues

Université du Québec à Montréal

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal - Pavillon Saint-Luc

Hôpital Général Juif

Centre Universitaire de Santé McGill - Hôpital Royal Victoria

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT #3 POUR LES PARTENAIRES

Introduction

La présente étude est réalisée par un groupe multidisciplinaire de professionnels de la santé. Les chercheurs principaux sont les psychologues Sophie Bergeron et Frédérique Courtois du département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), situé au 455 est, boul. René Lévesque, 987-3000 poste 4181, et Irv Binik du département de psychologie de l'Université McGill, situé au 1205 Dr. Penfield, 398-6094. Les gynécologues sont les Dr. Samir Khalifé, du département d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital Général Juif, et Dr. Marie-Josée Dupuis, de la Clinique de la Santé Sexuelle de la Femme, du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)- Pavillon Saint-Luc, situé au 1560 est, boul. René-Lévesque, 890-8000.

Objectif de l'étude

Votre partenaire féminine fait partie d'une étude dont le but est d'examiner l'efficacité respective de deux traitements utilisés pour le syndrome de vestibulite vulvaire (douleur lors des relations sexuelles) - La Thérapie de Soulagement de la Douleur (thérapie sexuelle/gestion de la douleur) et le traitement médical habituel qui consiste en l'application localisée d'une crème à base de corticostéroïde. Dans le cadre de cette étude, nous examinerons aussi les facteurs associés au succès thérapeutique tel que le rôle du partenaire. L'objectif de votre participation au présent projet de recherche est de recueillir de l'information à propos du rôle du partenaire masculin dans l'expérience des relations sexuelles douloureuses et leur traitement. Cette démarche vers une meilleure compréhension de la douleur vulvaire vise à aider les professionnels de la santé à développer des traitements plus efficaces pour les femmes qui souffrent de ce problème frustrant et dérangeant.

Nature de votre participation

Votre participation à la présente étude impliquera la complétion de questionnaires à propos de vos réactions à la douleur, votre fonctionnement sexuel, votre satisfaction relationnelle et vos symptômes psychologiques actuels (durée = 45 minutes). Une fois les questionnaires remplis, vous devrez les envoyer par courrier à Geneviève Mailloux – coordonnatrice de recherche de l'étude – dans l'enveloppe de retour pré-affranchie que nous vous avons fournie.

Avantages personnels pouvant découler de votre participation

Votre participation à cette étude bénéficiera aux femmes qui souffrent de douleurs pendant les relations sexuelles en aidant les chercheurs à clarifier le rôle du partenaire dans l'expérience de la douleur pendant les relations sexuelles et dans le traitement de ce type de problème. Il n'y a aucun risque à participer à cette étude.

Risques potentiels pouvant découler de votre participation

Certains items des questionnaires peuvent paraître très intimes. Afin de prévenir tout risque d'inconfort, vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions.

Avertissement

Vous pouvez poser des questions à propos de cette étude à n'importe quel moment et votre participation est strictement volontaire. Vous pouvez en tout temps vous retirer de l'étude et refuser de répondre à certaines questions sans que votre décision ne vous prive des services professionnels auxquels vous avez droit. Toutes questions sur votre participation, critiques ou plaintes peuvent être adressées à Sophie Bergeron (987-3000 poste 3031) ou Irv Binik (398-6095). Si une plainte ne peut être réglée, vous pouvez faire valoir vos droits auprès du comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal au numéro 987-3000 poste 7753.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront gardées confidentielles. Une copie de vos questionnaires sera conservée dans un dossier. Ce dossier demeurera à la disposition des membres de l'équipe de recherche seulement et sera identifié par un numéro d'identification.

Signature du participant

De façon générale, les procédures de l'étude ont été expliquées à ma satisfaction et on a répondu à toutes mes questions. Je suis d'accord pour prendre part à l'étude. Je garderai une copie de ce formulaire.

Signature (participant) _____

Nom _____

Date _____

Signature (interviewer) _____

Nom _____

Date _____

Signature (chercheur) _____

Nom _____

Date _____

Je recevrai une copie signée du présent formulaire de consentement

-

APPENDICE B

QUESTIONNAIRES UTILISÉS DANS LES ÉTUDES

B.1 Questionnaires de l'étude 1

- B.1.1 Entrevue dirigée
- B.1.2 Formulaire d'examen gynécologique
- B.1.3 Inventaire d'Ajustement Dyadique Révisé (DAS, Spanier, 1976)
- B.1.4 Index de Fonction Sexuelle de la Femme (FSFI, Rosen & al., 1982)
- B.1.5 Brief Symptoms Inventory (BSI, Derogatis & Melisaratos, 1983)
- B.1.6 Questionnaire sur les Attributions de la douleur gynécologique (Jodoin & Bergeron, 2004, adapté de Peterson & al., 1982)

B. 2 Questionnaires de l'étude 2

- B.2.1 Inventaire d'Ajustement Dyadique Révisé (DAS, Spanier, 1976)
- B.2.2 Brief Symptoms Inventory (BSI, Derogatis et Melisaratos, 1983)
- B.2.3 Questionnaire sur les attributions de la douleur pendant les relations sexuelles chez votre partenaire (Jodoin & Bergeron, 2004, adapté de Peterson & al., 1982)
- B.2.4 Formulaire d'Histoire Sexuelle (SHF, Sexual History Form, Nowinski & LoPiccolo, 1979; Schover & Jensen, 1988)
- B.2.5 Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX, Lawrance & Byers, 1998).

B.1 Questionnaires de l'étude 1

B.1.1 Entrevue dirigée

ENTREVUE DIRIGÉE

FEMMES

Numéro d'identification de la participante

Date de naissance de la participante

Référée par _____

Intervieweur _____

Date de l'entrevue _____

INFORMATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Date de naissance ____/____/____

Mois jour année

Lieu de naissance

- 1) Canada
- 2) États-Unis
- 3) Europe de l'Ouest
- 4) Europe de l'Est
- 5) Afrique
- 6) Asie
- 7) Australie
- 8) Moyen-Orient
- 9) Amérique Latine /Amérique du Sud
- 10) Caraïbes

Quelle est la culture à laquelle vous vous sentez le plus étroitement liée?

- 1) Québécoise
- 2) Canadienne Anglaise
- 3) Américaine
- 4) Européenne de l'Ouest
- 5) Européenne de l'Est
- 6) Africaine
- 7) Asiatique
- 8) Australienne
- 9) Moyen-Orient
- 10) Latino-Américaine/Sud-Américaine
- 11) Caraïbes

Quelle est votre langue maternelle? _____

Dans quelle religion avez-vous été élevée? _____

Combien d'années de scolarité avez-vous? _____

Quel est le revenu annuel approximatif de votre ménage?

- | | | |
|------------------------|------------------------|---------------------|
| a) \$000 - \$9,999 | d) \$30,000 - \$39,999 | g) \$60,000 et plus |
| b) \$10,000 - \$19,999 | e) \$40,000 - \$49,999 | |

c) \$20,000 - \$29,999

f) \$50,000 - \$59,999

HISTOIRE RELATIONNELLE

Lequel des points suivants décrit le mieux votre statut civil **actuel** ? (si la participante vous répond, par exemple, qu'elle est avec son partenaire depuis 4 ans mais qu'ils ne vivent ensemble que depuis 1 an, nous voulons l'information la plus récente, c'est-à-dire qu'elle habite avec son partenaire depuis un an)

- a) célibataire non engagée dans une relation
- b) célibataire avec un partenaire régulier
- c) en union de fait
- d) mariée

Depuis combien de temps êtes-vous dans la situation encadrée ci-dessus?

_____ années _____ mois

Seriez-vous d'accord pour que votre partenaire participe à cette étude ?

OUI NON

Votre partenaire serait-il intéressé à participer à notre étude? **OUI NON**

Avez-vous déjà accouché? **OUI NON**

Combien de relations amoureuses considérées "sérieuses" avez-vous eu dans votre vie? _____

Quel est le nombre total de partenaires avec qui vous avez eu des relations sexuelles (incluant les aventures d'un soir) _____

À quel âge avez-vous eu votre première relation sexuelle? _____ ans

Vous souvenez-vous de cette expérience comme étant quelque chose de douloureux?

OUI NON

Était-ce la même douleur que celle que vous ressentez maintenant ? **OUI NON**

HISTOIRE GYNÉCOLOGIQUE

Laquelle des situations suivantes caractérise le mieux vos menstruations des 6 derniers mois?

- a) J'ai des menstruations régulières
 - b) J'ai un cycle irrégulier
 - c) Mes menstruations sont irrégulières car j'approche la ménopause
 - d) Je n'ai pas de menstruations parce que je nourris mon bébé au sein
 - e) Je n'ai pas de menstruations parce que j'ai subi une hystérectomie partielle
 - f) Je n'ai pas de menstruations parce que j'ai subi une hystérectomie complète
 - g) Je n'ai pas de menstruations parce que j'ai déjà eu ma ménopause
 - h) Je n'ai pas de menstruations parce que je prends du Depo-Provera
 - i) Autre. Veuillez spécifier
-

Si vous avez des menstruations, évaluez sur l'échelle suivante l'intensité de la douleur que vous ressentez lors de vos menstruations.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

aucune douleur

douleur la plus intense

Avez-vous déjà pris la pilule? **OUI NON**

Si oui, à quel âge avez-vous commencé à la prendre ? _____ ans

Si oui, indiquez le nombre total d'années et de mois de votre vie durant lesquels vous avez pris la pilule.

_____ mois _____ années

Combien d'infections vaginales (candida, etc.) avez-vous eu dans les derniers deux ans? _____

Avez-vous eu des infections vaginales à répétition dans le passé? **OUI NON**

Combien d'infections de la vessie ou urinaires (cystites) avez-vous eu dans les derniers deux ans? _____

Avez-vous eu des infections de la vessie ou urinaires (cystites) à répétition dans le passé? **OUI NON**

Avez-vous déjà souffert des MTS (maladies transmises sexuellement) suivantes?

(Cochez si ça s'applique)

Chlamydia_____

Gardnerella vaginalis_____

Herpes génital_____

Condylomes _____

Gonorrhée_____

H.I.V _____

Siphyllis_____

Trichomoniasis _____

Autre_____Veuillez

spécifier_____

Avez-vous déjà souffert d'une salpingite?

OUI, présentement

OUI, dans le passé

NON

Avez-vous déjà souffert d'endométriose?

OUI, présentement

OUI, dans le passé

NON

Avez-vous déjà subi les chirurgies génitales/gynécologiques suivantes? Si oui, quand?

Hystérectomie_____

Année_____

Laparoscopie_____

Année_____

Ovariectomie_____

Année_____

Ligature des trompes_____

Année_____

Laser pour condylomes_____

Année_____

Autre_____

Année_____

Avez-vous des fissures avec/sans saignements **remarquées par vous-même et non diagnostiquées par un médecin ?** OUI NON

HISTOIRE DE LA DOULEUR

Quand avez-vous commencé à ressentir de la douleur pendant les relations sexuelles?

_____mois _____année

Comment cela a-t-il commencé? (cochez tout ce qui s'applique)

- a) avec ma première relation sexuelle
- b) après des infections vaginales répétées
- c) après avoir accouché
- d) sans raison apparente
- e) quant j'ai changé de partenaire
- f) après des infections urinaires répétées
- g) avec l'arrivée de ma ménopause
- h) après une chirurgie gynécologique
- i) après un stress important (e.g. conflit conjugal, problèmes financiers, etc.)
- j) après un avortement
- k) autre _____

Avez-vous toujours ressenti de la douleur pendant les relations sexuelles depuis la première fois que vous avez ressenti ce type de douleur?

- a) oui
- b) non, ça dépend du partenaire
- c) non, quand j'ai arrêté de prendre la pilule, la douleur est disparue, puis est revenue
- d) non, ça vient et ça part sans raison apparente
- e) no, après avoir accouché, ça s'est arrêté temporairement et puis c'est revenu
- f) non, après le traitement suivant _____, ça s'est arrêté et puis c'est revenu
- g) non, autre _____

Avez-vous eu plus d'un partenaire depuis que la douleur a commencé?

OUI NON

Combien de professionnels de la santé avez-vous consulté pour votre douleur? _____

Quels diagnostics et quels traitements vous ont-ils été donnés par les professionnels de la santé à qui vous avez parlé de votre douleur?

Veuillez dresser la liste de tous les diagnostics et médicaments/traitements dont vous vous souvenez ainsi que le nombre de fois que vous avez pris/subi le traitement prescrit.

Note pour l'intervieweur: Faire bien attention de poser des questions spécifiques à propos de traitement(s) que la participante pourrait utiliser actuellement tels que la xylocaïne ou une crème à base de cortisone.

Diagnostic	Traitement	Nombre de fois reçu
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Pour les femmes ayant présentement des relations sexuelles)

DOULEUR

Durant les derniers 6 mois, environ combien de fois par mois avez-vous essayé d'avoir des relations sexuelles? _____ (Si réponse = 0, allez à la section suivante)

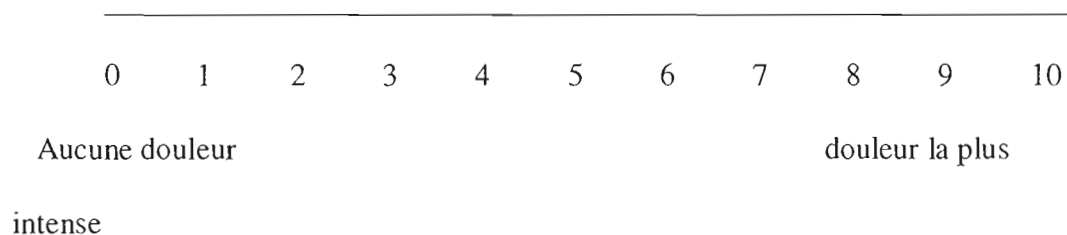
Pourquoi croyez-vous que vous ressentez de la douleur pendant les relations sexuelles? Quelle est votre théorie personnelle en ce qui concerne votre douleur?

Durant les derniers 6 mois, environ combien de fois par mois le pénis en érection de votre partenaire a-t-il pu pénétrer votre vagin (relation sexuelle réussie)?
_____ fois par mois.

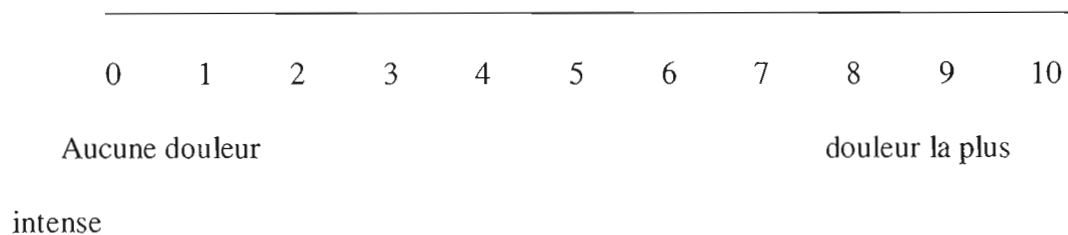
À quel endroit de la région génitale ressentez-vous habituellement la douleur lors des relations sexuelles? Pouvez-vous m'indiquer un endroit précis? **Si oui**, où? (Vous pouvez choisir plus d'un endroit) **(Montrez modèle et codez sur le diagramme)**

- a) à l'entrée du vagin
- b) partout sur la vulve
- c) à l'intérieur du vagin
- d) dans la région abdominale (utérus, etc.)

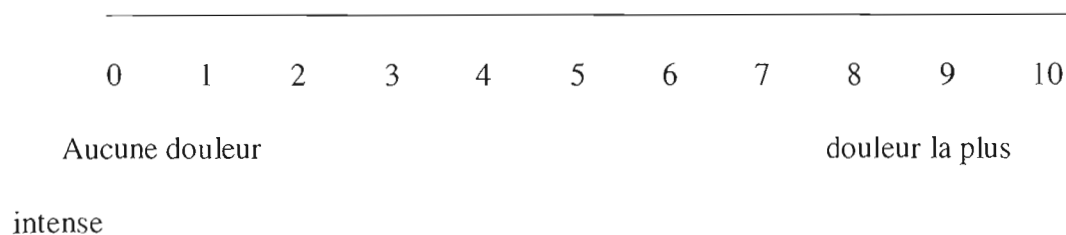
Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur à l'entrée du vagin (derniers 6 mois) sur une échelle de 0 à 10



Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur à l'intérieur du vagin (derniers 6 mois) sur une échelle de 0 à 10



Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur dans la région abdominale (derniers 6 mois) sur une échelle de 0 à 10



Durant les derniers 6 mois, avez-vous régulièrement ressenti de la douleur dans la région génitale lors des situations suivantes?

friction due à des vêtements serrés_____

quand vous urinez_____

en urinant après une relation sexuelle_____

à l'insertion d'un tampon_____

en enlevant un tampon_____

durant la masturbation (seule)_____

lorsque votre partenaire vous stimule manuellement_____

lorsque votre partenaire vous stimule oralement_____

en insérant un ou plusieurs doigts dans votre vagin_____

lors d'un examen gynécologique régulier_____

lors d'activité(s) sportive(s)_____

douleur sans raison apparente, non-liée à une activité spécifique_____

autre_____ veuillez spécifier_____

(Pour les femmes n'ayant pas de relations sexuelles)

DOULEUR

Combien de temps cela fait-il que vous n'avez pas eu de relations sexuelles?

_____ mois _____ années

Quelle est la raison pour laquelle vous n'avez pas eu de relations sexuelles dans les derniers 6 mois?

- a) Je n'ai pas de partenaire présentement
- b) Ça fait trop mal
- c) Je n'ai pas de désir sexuel
- d) Mon partenaire a des problèmes d'érection
- e) Mon partenaire n'a pas de désir sexuel
- f) Mon partenaire a peur de me faire mal
- g) Autre _____

Désirez-vous recommencer à avoir des relations sexuelles?

OUI NON

Pourquoi croyez-vous que vous ressentez de la douleur pendant les relations sexuelles? Quelle est votre théorie personnelle en ce qui concerne votre douleur?

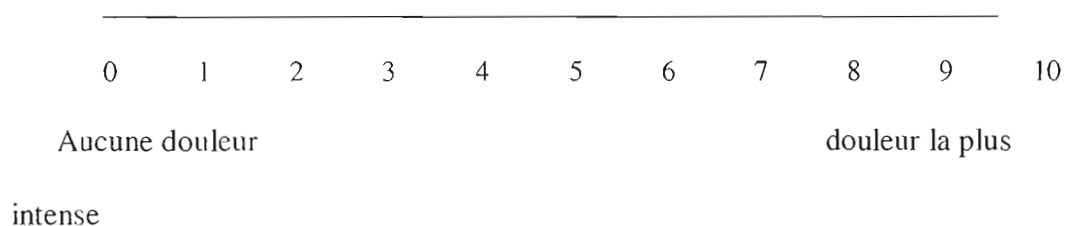
Dans le passé, environ combien de fois par mois essayiez-vous d'avoir des relations sexuelles? _____

Dans le passé, environ combien de fois par mois le pénis en érection de votre partenaire pouvait-il pénétrer votre vagin (relation sexuelle réussie)? _____ fois par mois

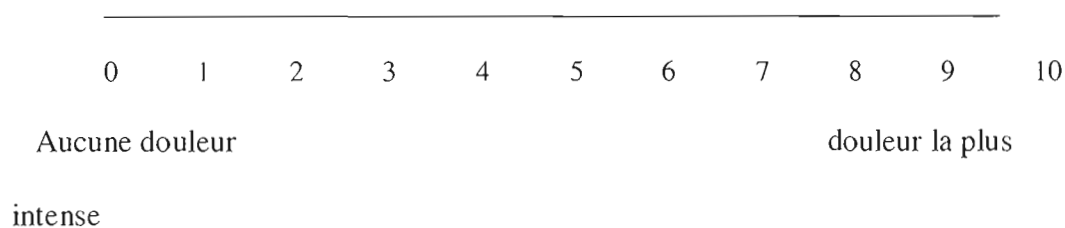
À quel endroit de la région génitale ressentiez-vous habituellement la douleur lors des relations sexuelles? Pouvez-vous m'indiquer un endroit précis? **Si oui**, où? (Vous pouvez choisir plus d'un endroit) (**Montrez modèle et codez sur le diagramme**)

- a) à l'entrée du vagin
- b) partout sur la vulve
- c) à l'intérieur du vagin
- d) dans la région abdominale (utérus, etc.)

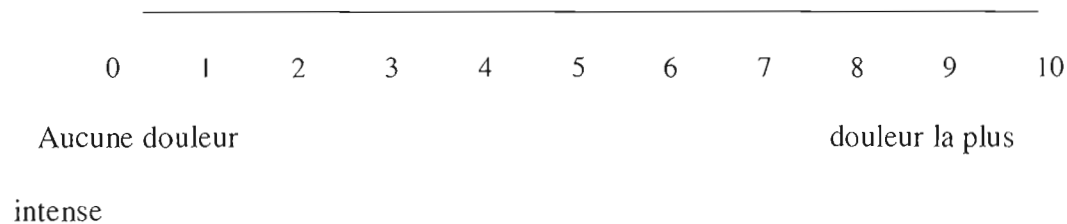
Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur à l'intérieur et/ou à l'entrée du vagin (derniers 6 mois) sur une échelle de 0 à 10



Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur à l'intérieur du vagin (derniers 6 mois) sur une échelle de 0 à 10



Évaluez l'intensité moyenne de votre douleur dans la région abdominale (derniers 6 mois) sur une échelle de 0 à 10



Avez-vous déjà régulièrement ressenti de la douleur dans la région génitale lors des situations suivantes?

friction due à des vêtements serrés_____

en urinant_____

en urinant après une relation sexuelle _____

à l'insertion d'un tampon_____

en enlevant un tampon_____

durant la masturbation (seule)_____

lorsque votre partenaire vous stimule manuellement_____

lorsque votre partenaire vous stimule oralement_____

en insérant un ou plusieurs doigts dans votre vagin_____

lors d'un examen gynécologique régulier_____

lors d'activité(s) sportive(s)_____

douleur sans raison apparente, non-liée à une activité spécifique_____

autre_____ veuillez spécifier_____

B.1.2 Formulaire d'examen gynécologique

FORMULAIRE D'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Nom du médecin examinateur :

Nom de l'assistante de recherche :

I *Cultures cervico-vaginale*

Prendre le tube servant au prélèvement

Insérer délicatement le coton-tige servant au prélèvement dans le vagin de la participante en faisant attention d'éviter la région du vestibule

Mettre le coton-tige dans le tube et fermer le tube adéquatement afin d'éviter toute contamination

Identifier le tube avec le nom et le numéro d'identification de la participante et suivre la procédure pour les cultures vaginales selon le bureau du médecin où vous vous trouvez.

II *Vulvalgesiometer*

S'assurer que le dictaphone fonctionne adéquatement et commencer l'enregistrement

S'asseoir bien confortablement afin d'être bien stable au moment du test

Mettre des gants

Mettre un peu de lubrifiant sur la pointe du coton-tige avant de faire le test

Si nécessaire, afin de stabiliser la main qui tient le vulvalgesiometer, prendre appui avec sa main ou son bras sur la cuisse ou l'aine de la participante

Bien écarter les lèvres de la participante avec une main en « tirant » un peu vers le bas afin de bien dégager l'orifice du vagin

Demander à la participante de pousser afin de d'avoir une bonne vision du vestibule

Toujours débiter avec le premier vulvalgesiometer (1A à 3g)

S'assurer de ne pas cacher les lignes noires sur le vulvalgesiometer avec vos doigts.

Appuyer le vulvalgesiometer **perpendiculairement au sol pendant deux secondes** au point du vestibule situé à 3h

Après avoir appuyé pendant deux secondes sur le point à 3h, demander à la participante d'évaluer la pression (touch) sur une échelle de 0 à 10 (0 = aucune sensation, 10 = très forte sensation)

Noter les évaluations de la participante sur la grille jointe en annexe au présent document

Si la participante donne une évaluation de pression (touch) autre que 0, lui demander d'évaluer la douleur sur une échelle de 0 à 10 (0 = aucune douleur, 10 = douleur la plus intense). Si la participante donne une évaluation négative de pression (touch), donc aucune sensation (0), ne pas demander d'évaluation de douleur et de « unpleasantness ». Les évaluations de douleur et de « unpleasantness » ne seront demandées que lorsque la participante donnera une évaluation positive de pression (touch) donc supérieure à 0.

Si la participante donne une évaluation de pression (touch) autre que 0, lui demander d'évaluer jusqu'à quel point c'était désagréable (unpleasantness) sur une échelle de 0 à 10 (0 = pas du tout désagréable, 10 = le plus désagréable possible)

Si la participante donne une évaluation de pression (touch) autre que 0, lui demander de décrire la sensation à l'aide de la liste d'adjectifs du MPQ

Attendre 10 secondes avant de passer au niveau de pression suivant du vulvalgestiometer

Reprendre toutes les étapes précédentes jusqu'à ce que la participante donne une évaluation de douleur positive (supérieure à 0)

III Description de la vulve

Clitoris (cocher la case appropriée selon la situation)

Normal <input type="checkbox"/>	Encapuchonnage partiel <input type="checkbox"/>	Phimosi complet <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--

Petites lèvres (cocher la case appropriée selon la situation)

Normal <input type="checkbox"/>	Fusion partielle <input type="checkbox"/>	Fusion complète <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---	--

Sillon interlabial (cocher la case appropriée selon la situation)

Normal <input type="checkbox"/>	Cicatrice de fissure ancienne <input type="checkbox"/>	Fissure active <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	---

Vestibule : avant le test du coton-tige (cocher la case appropriée selon la situation)

Normal <input type="checkbox"/>	Érythème <input type="checkbox"/>	Fissure <input type="checkbox"/>	Synéchie <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

Note pour l'assistante de recherche : Si le médecin constate un érythème dont la cause probable serait une infection, demander à la participante si elle a utilisé un traitement pour cette infection.

Utilisation d'un traitement pour infection : OUI NON

Type de traitement utilisé :

Informations supplémentaires, autres éléments cliniques ou diagnostiques :

IV Test du coton-tige

possible

La douleur reproduit-elle celle perçue lors des relations sexuelles?

Oui Peut-être Non

Informations supplémentaires, autres éléments cliniques ou diagnostiques :

Exposer la muqueuse vestibulaire. Appuyer le coton-tige perpendiculairement à la muqueuse vestibulaire pendant 2 secondes à **3h, 6h, 9h selon l'ordre suivant** :

--	--	--

Demander à la patiente d'évaluer la douleur.

Douleur perçue par la patiente :

À 3h

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune											Douleur

douleur

la plus

intense

À 6h

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune

Douleur

douleur

la plus

intense

À 9h

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune

Douleur

douleur

la plus

intense

La douleur reproduit-elle celle perçue lors des relations sexuelles?

Oui Peut-être Non

Informations supplémentaires, autres éléments cliniques ou diagnostiques :

V Tension musculaire

Après application du lubrifiant, insérer un doigt a/n tiers inférieur du vagin en faisant une pression soutenue de 3 secondes à 6h, 4h et 8h. Demander à la patiente d'évaluer la douleur.

Douleur perçue par la patiente :

À 6h

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune											Douleur
douleur											la plus
intense											

À 4h

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune											Douleur
douleur											la plus
intense											

À 8h

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune											Douleur
douleur											la plus
intense											

Évaluation de la tension musculaire par le médecin-examineur :

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune											Forte
tension											tension

La douleur reproduit-elle celle perçue lors des relations sexuelles?

Oui Peut-être Non

Informations supplémentaires, autres éléments cliniques ou diagnostiques :

VI *Utérus, annexes*

Palpation de l'utérus, des annexes et du cul de sac postérieur :

Décrire toute autre anomalie à l'examen incluant la douleur (fibrome, kyste, endométriose, etc.):

VII *Impression de l'examineur*

La douleur coïtale est probablement causée par (cocher la case appropriée):

a) Inflammation des tissus mous :

1- Vestibulite ☐

2- Fissure ☐

3- Lichen plan ☐

4- Lichen scléreux ☐

5- Muqueuse normale ☐

b) Contraction des muscles périnéaux ☐

c) Autre. ☐

Spécifier :

Recommandation(s) du médecin examinateur (suivi, autre(s) examen(s), référence à autre MD spécialiste, etc.):

Vulvalgesiometer (number and level)	Touch (0 to 10)	Pain (0 to 10)	Unpleasantness (0 to 10)	Adjectives
1A (3g)				
1B (5g)				
1C (10g)				
1D (15g)				
1E (20g)				
1F (25g)				

2A (30g)				
2B (50g)				
2C (70g)				
3A (80g)				
3B (100g)				
3C (110g)				
3D (130g)				
3E (150g)				
4A (200g)				
5A (250g)				
6A (300g)				
5B (350g)				
7A (400g)				
7B (500g)				
7C (640g)				
7D (750g)				
7E (880g)				
7F (1000g)				

McGill – Melzack Pain Questionnaire (MPQ)

Consignes

Ce questionnaire doit être complété au moment de l'entrevue dirigée. Lorsqu'une participante indique une valeur supérieure à « 0 » à une ou des échelle(s) de douleur de l'entrevue dirigée (# 43-44-45 ou # 54-55-56), un MPQ par site de douleur doit être complété. (Si score de « 0 » à une échelle, cette échelle n'est pas considérée comme un site de douleur, donc ne pas remplir de MPQ.)

Si une participante ne rapporte plus aucune douleur lors de l'entrevue dirigée, c'est-à-dire qu'elle inscrit « 0 » aux trois échelles (# 43-44-45 ou # 54-55-56), il faut cocher la case correspondante sur le MPQ (ex. : « La participante ne rapporte plus aucune douleur à l'entrevue dirigée pour le site 1 »).

Il faut remplir un MPQ différent pour chaque site de douleur. Il faut demander à la participante de noircir la zone douloureuse sur l'image correspondante du MPQ.

Pour chaque site de douleur, demander à la participante de choisir les adjectifs permettant de décrire la douleur qu'elle ressent pour ce site spécifique. **Elle ne peut pas choisir plus d'un adjectif par catégorie, mais elle n'est pas obligée de choisir un adjectif dans toutes les catégories.** La participante doit choisir uniquement les adjectifs qui sont significatifs pour elle.

Dans la section PPI, la participante doit évaluer l'intensité de sa douleur pour ce site spécifique en choisissant une valeur entre « 0 » et « 5 ».

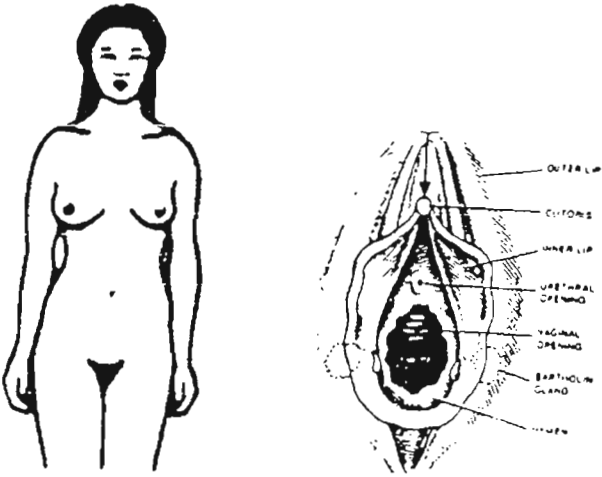
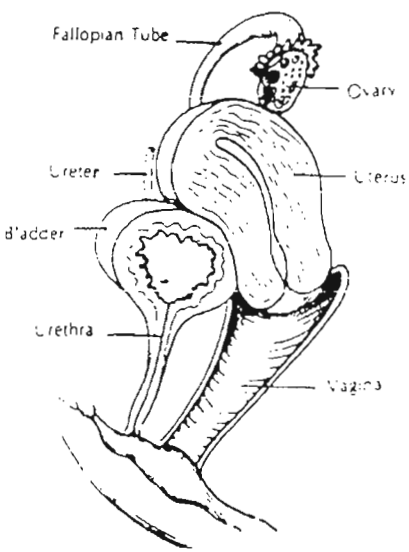
* Site 1: Entrée du vagin (vestibule) Site 3 : Région abdominale (col, utérus, trompes, ovaires)
Site 2 : Intérieur du vagin

No. Identification : _____

*Site de la douleur : 1 2 ☒ ☐ ☐

☐ La participante ne rapporte aucune douleur à l'entrevue dirigée pour le site 1.

1	Qui tremblote	—	11	Fatigante	—	PPI	0	Pas de douleur	—
	Qui tremble	—		Épuisante	—		1	Faible	—
	Qui palpite	—					2	Inconfortable	—

Qui bat	—		3 Forte	—
Qui élance	—		4 Sévère	—
Qui martèle	—		5 Insupportable	—
2 Par secousse	—			
Brusque	—			
Fulgurante	—			
3 Qui pique	—			
Qui perce	—			
Qui pénètre	—			
Qui poignarde	—			
4 Vive	—			
Aigue	—			
Déchirante	—			
5 Qui pince	—			
Qui presse	—			
Qui ronge	—			
Qui crampe	—			
Qui écrase	—			
6 Qui tiraille	—			
Qui tire	—			
Qui tord	—			
7 Chaude	—			
Brûlante	—			
Bouillante	—			
Comme marqué au fer rouge	—			
8 Qui fourmille	—			
Qui démange	—			
Cuisante	—			
Cinglante	—			
9 Sourde	—			
Douloureuse	—			
Drue	—			
Pénible	—			
Poignante	—			
10 Sensible	—			
Crispée	—			
Qui écorche	—			
Qui fend	—			

No. Identification : _____



La participante ne rapporte aucune douleur à l'entrevue dirigée pour le site 2.

1 Qui tremblote	—	11 Fatigante	—	PPI 0 Pas de douleur	—
Qui tremble	—	Épuisante	—	1 Faible	—
Qui palpite	—			2 Inconfortable	—
Qui bat	—			3 Forte	—
Qui élance	—			4 Sévère	—
Qui martèle	—			5 Insupportable	—

2	Par secousse Brusque Fulgurante	— — —	12	Écoeürante Étouffante	— —
3	Qui pique Qui perce Qui pénètre Qui poignarde	— — — —	13	Épouvante Effrayante Terrifiante	— — —

4 Viv
Aig
Dé

5 Qu
Qu
Qu
Qu
Qu

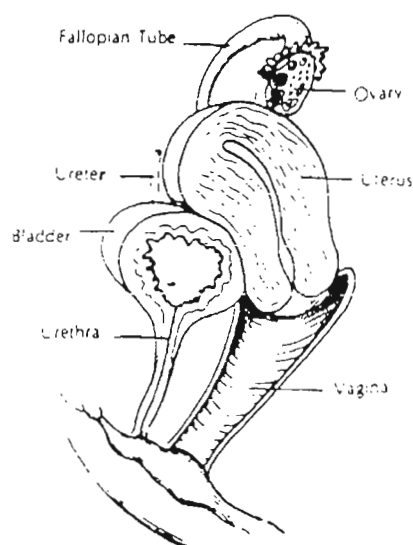
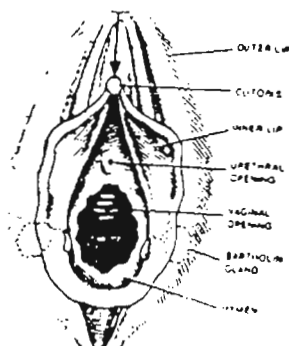
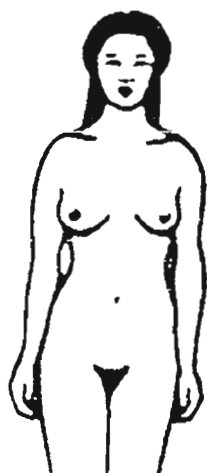
6 Qu
Qu
Qu

7 Ch
Bri
Bo
Co
au

8 Qu
Qu
Cu
Cir

9 So
Do
Dri
Pé
Po

10 Se
Cri
Qu
Qu



No. Id



1 Qu
Qu
Qu
Qu
Qu
Qui martèle

2 Par secousse
Brusque

12 Écoeürante
Étouffante

ir : 1 2 ☐ ☐ ☒

dirigée pour le site 3.

douleur —
rtable —
—
—
5 Insupportable —

	Fulgurante	—			
3	Qui pique Qui perce Qui pénètre Qui poignarde	— — — —	13	Épouvante Effrayante Terrifiante	— — —
4	Vive Aigue Déchirante	— — —	14	Violente Éreintante Cruelle Tuante Torturante	— — — — —
5	Qui pince Qui presse Qui ronge Qui crampe Qui écrase	— — — — —	15	Déprimante Aveuglante	— —
6	Qui tiraille i tire Qui tord	— — —	16	Agaçante Exaspérante Intense Horrible Intolérable	— — — — —
7	Chaude Brûlante Bouillante Comme marqué au fer rouge	— — — — —	17	Qui s'étend Qui rayonne Qui rentre Qui transperce	— — — —
8	Qui fourmille Qui démange Cuisante Cinglante	— — — —	18	Raide Engourdie Tendue Qui serre Qui arrache	— — — — —
9	Sourde Douloureuse Drue Pénible Poignante	— — — — —	19	Fraîche Froide Glacée	— — —
10	Sensible Crispée Qui écorche Qui fend	— — — —	20	Énervante Dégoutante Épouvantable Atroce Agonisante	— — — — —

B.1.3 Inventaire d'Ajustement Dyadique Révisé (DAS, Spanier, 1976)

Inventaire d'Ajustement Dyadique Révisé

La plupart des couples vivent des désaccords. *Indiquez le degré approximatif d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire dans les domaines suivants. S'il vous plaît, ne complétez ce questionnaire que si vous cohabitez actuellement avec votre partenaire.*

Avant de débiter, veuillez indiquer depuis combien de temps vous et votre partenaire habitez ensemble :

	Toujours en accord	Presque toujours en accord	Parfois en accord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. La religion	5	4	3	2	1	0
2. Les marques d'affection	5	4	3	2	1	0
3. Les prises de décisions importantes	5	4	3	2	1	0
4. Les relations sexuelles	5	4	3	2	1	0
5. Les conventions sociales	5	4	3	2	1	0
6. Les décisions à propos du travail	5	4	3	2	1	0
	Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasion- nellement	Rarement	Jamais
7. À quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé à mettre fin à votre relation?	0	1	2	3	4	5
8. À quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire	0	1	2	3	4	5
9. Vous arrive-t-il de regretter d'avoir décidé de vous marier (ou de vivre ensemble)?	0	1	2	3	4	5

10.	À quelle fréquence vous et votre partenaire vous tapez-vous sur les nerfs?	0	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---	---

		Tous les jours	Presque tous les jours	Occasionnellement	Rarement	Jamais
11.	Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison?	4	3	2	1	0

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

		Jamais	Moins qu'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
12.	Avoir un échange d'idées stimulantes	0	1	2	3	4	5
13.	Travailler ensemble à un projet	0	1	2	3	4	5
14.	Discuter calmement	0	1	2	3	4	5

B.1.4 Index de Fonction Sexuelle de la Femme (FSFI, Rosen & al., 1982)

Index de Fonction Sexuelle de la Femme (FSFI)

Ces questions portent sur vos sentiments et réponses sexuelles **des 4 dernières semaines**.

Répondez aux questions suivantes le plus honnêtement et le plus clairement possible. Vos réponses sont entièrement confidentielles. Les définitions ci-dessous s'appliquent aux questions auxquelles vous aurez à répondre:

Activité sexuelle: Inclut les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation.

Rapport sexuel: Pénétration vaginale (introduction du pénis dans le vagin).

Stimulation sexuelle: Comprend des situations telles que les préliminaires avec un partenaire, la masturbation, les fantasmes sexuels, etc.

Ne cochez qu'une seule réponse par question.

1. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti du désir ou de l'intérêt sexuel?

1. Presque toujours ou toujours.
2. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
3. Parfois (environ la moitié du temps).
4. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
5. Presque jamais ou jamais.

2. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré de désir ou intérêt sexuel?

1. Très élevé.
2. Élevé.
3. Modéré.
4. Faible.
5. Très faible ou absent.

L'excitation sexuelle est un sentiment qui inclut des aspects physiques et mentaux.

L'excitation peut inclure des sensations de chaleur ou de picotement dans les organes génitaux, de la lubrification (être «mouillée»), ou des contractions musculaires.

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous sentie excitée pendant des activités ou rapports sexuels?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

4. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Très élevé.
3. Élevé.
4. Modéré.

- 5. Faible.
- 6. Très faible ou absent.

5. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous confiante de devenir excitée pendant des activités ou rapports sexuels?

- 1. Pas d'activité sexuelle.
- 2. Confiance très élevée.
- 3. Confiance élevée.
- 4. Confiance modérée.
- 5. Confiance faible.
- 6. Confiance très faible ou absente.

6. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été satisfaite de votre excitation sexuelle pendant des activités ou rapports sexuels?

- 1. Pas d'activité sexuelle.
- 2. Presque toujours ou toujours.
- 3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
- 4. Parfois (environ la moitié du temps).
- 5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
- 6. Presque jamais ou jamais.

7. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence êtes-vous devenue lubrifiée («mouillée») pendant des activités ou rapports sexuels?

- 1. Pas d'activité sexuelle.
- 2. Presque toujours ou toujours.

3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

8. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de devenir lubrifiée («mouillée») pendant des activités ou rapports sexuels?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Extrêmement difficile ou impossible.
3. Très difficile.
4. Difficile.
5. Quelque peu difficile.
6. Pas difficile.

9. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous maintenu votre lubrification jusqu'à la fin des activités ou rapports sexuels?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

10. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point était-il difficile de maintenir votre lubrification jusqu'à la fin des activités ou rapports sexuels?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Extrêmement difficile ou impossible.
3. Très difficile.
4. Difficile.
5. Quelque peu difficile.
6. Pas difficile.

11. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, à quelle fréquence avez-vous atteint l'orgasme (jouissance)?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

12. Au cours des 4 dernières semaines, lorsque vous aviez une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel, jusqu'à quel point était-il difficile pour vous d'atteindre l'orgasme (jouissance)?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Extrêmement difficile ou impossible.
3. Très difficile.
4. Difficile.
5. Quelque peu difficile
6. Pas difficile.

13. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous satisfaite de votre capacité à atteindre l'orgasme (jouissance) pendant des activités ou rapports sexuels?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Très satisfaite.
3. Modérément satisfaite.
4. Également satisfaite et insatisfaite.
5. Modérément insatisfaite.
6. Très insatisfaite.

14. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point étiez-vous satisfaite du degré de proximité émotive entre vous et votre partenaire lors d'activités sexuelles?

1. Pas d'activité sexuelle.
2. Très satisfaite.
3. Modérément satisfaite.
4. Également satisfaite et insatisfaite.
5. Modérément insatisfaite.
6. Très insatisfaite.

15. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfaite de l'aspect sexuel de votre relation avec votre partenaire?

1. Très satisfaite.
2. Modérément satisfaite.
3. Également satisfaite et insatisfaite.
4. Modérément insatisfaite.
5. Très insatisfaite.

16. Au cours des 4 dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle dans son ensemble?

1. Très satisfaite.
2. Modérément satisfaite.
3. Également satisfaite et insatisfaite.
4. Modérément insatisfaite.
5. Très insatisfaite.

17. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur **pendant** la pénétration vaginale?

1. Pas de pénétration vaginale.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

18. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous ressenti de l'inconfort ou de la douleur **après** la pénétration vaginale?

1. Pas de pénétration vaginale.
2. Presque toujours ou toujours.
3. La plupart du temps (plus de la moitié du temps).
4. Parfois (environ la moitié du temps).
5. Quelquefois (moins de la moitié du temps).
6. Presque jamais ou jamais.

19. Au cours des 4 dernières semaines, comment évalueriez-vous votre degré d'inconfort ou de douleur pendant ou après la pénétration vaginale?

1. Pas de pénétration vaginale.
2. Très élevé.
3. Élevé.
4. Modéré.
5. Faible.
6. Très faible ou absent.

20. À quelle fréquence avez-vous des activités sexuelles ou des relations sexuelles avec votre partenaire?

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Plus d'une fois par jour | 6. Une fois par deux semaines |
| 2. Une fois par jour | 7. Une fois par mois |
| 3. De 3 à 4 fois par semaine | 8. Moins d'une fois par mois |
| 4. Deux fois par semaine | 9. Jamais |
| 5. Une fois par semaine | |

21. Qui est habituellement l'initiateur de vos relations ou activités sexuelles?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. Toujours moi | 4. Ma/mon partenaire, habituellement |
| 2. Moi, habituellement | 5. Toujours ma/mon partenaire |
| 3. Ma/mon partenaire et moi-même en proportion assez égale | |

22. À quelle fréquence vous masturbez-vous?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Plus d'une fois par jour | 6. Une fois par deux semaines |
|-----------------------------|-------------------------------|

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 2. Une fois par jour | 7. Une fois par mois |
| 3. De 3 à 4 fois par semaine | 8. Moins d'une fois par mois |
| 4. Deux fois par semaine | 9. Jamais |
| 5. Une fois par semaine | |

23. Dans l'ensemble, jusqu'à quel point diriez-vous que vos relations sexuelles avec votre partenaire sont satisfaisantes pour vous?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1. Extrêmement insatisfaisantes | 4. Légèrement satisfaisantes |
| 2. Modérément insatisfaisantes | 5. Modérément satisfaisantes |
| 3. Légèrement insatisfaisantes | 6. Extrêmement satisfaisantes |

24. À quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel? Il peut s'agir d'un désir de faire l'amour, de projeter de faire l'amour, de se sentir frustré(e) sexuellement dû au manque d'activité sexuelle, etc.

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Plus d'une fois par jour | 6. Une fois par deux semaines |
| 2. Une fois par jour | 7. Une fois par mois |
| 3. De 3 à 4 fois par semaine | 8. Moins d'une fois par mois |
| 4. Deux fois par semaine | 9. Jamais |
| 5. Une fois par semaine | |

25. Lorsque vous faites l'amour avec votre partenaire, ressentez-vous des réactions émotives négatives comme la peur, le dégoût, la honte ou la culpabilité?

- | | |
|--|---|
| 1. Jamais | 4. Parfois, 50% du temps |
| 2. Rarement, moins de 10% du temps | 5. Habituellement, 75% du temps |
| 3. À l'occasion, moins de 25% du temps | 6. Presque toujours, plus de 90% du temps |

B.1.5 Brief Symptoms Inventory (BSI, Derogatis & Melisaratos, 1983)

BSI

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque

énoncé et **encerclez** le chiffre qui décrit le mieux **COMBIEN VOUS AVEZ ÉTÉ**

INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS

JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI?

0 = Pas du tout

1 = Un peu

2 = Passablement

3 = Beaucoup

4 = Excessivement

1.	Nervosité ou impressions de tremblements intérieurs	0	1	2	3	4
2.	Faiblesses ou étourdissements	0	1	2	3	4
3.	L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées	0	1	2	3	4
4.	L'impression que d'autres sont responsables de la plupart de vos problèmes	0	1	2	3	4
5.	Difficulté à vous rappeler certaines choses	0	1	2	3	4
6.	Facilement irrité(e) et contrarié(e)	0	1	2	3	4
7.	Douleurs à la poitrine ou cardiaques	0	1	2	3	4
8.	Peur dans des espaces ouverts ou sur la rue	0	1	2	3	4
9.	Des pensées de vous enlever la vie	0	1	2	3	4

10.	Le sentiment que vous ne pouvez pas avoir confiance en personne	0	1	2	3	4
11.	Manque d'appétit	0	1	2	3	4
12.	Soudainement effrayé(e) sans raison	0	1	2	3	4
13.	Crises de colère incontrôlables	0	1	2	3	4
14.	Sentiment d'être seul(e) même avec d'autres personnes	0	1	2	3	4
15.	Blocage devant une tâche à accomplir	0	1	2	3	4
16.	Vous sentir seul(e)	0	1	2	3	4

0 = Pas du tout

1 = Un peu

2 = Passablement

3 = Beaucoup

4 = Excessivement

17.	Vous sentir triste, nostalgique	0	1	2	3	4
18.	Absence d'intérêt	0	1	2	3	4
19.	Avoir peur	0	1	2	3	4
20.	Vous sentir facilement blessé(e) ou froissé(e)	0	1	2	3	4
21.	Sentir que les gens ne sont pas aimables ou ne vous	0	1	2	3	4

aiment pas

22.	Vous sentir inférieur(e) aux autres	0	1	2	3	4
23.	Nausées, douleurs ou malaises à l'estomac	0	1	2	3	4
24.	Sentiments qu'on vous observe ou qu'on parle de vous	0	1	2	3	4
25.	Difficulté à vous endormir	0	1	2	3	4
26.	Besoin de vérifier et de re-vérifier ce que vous faites	0	1	2	3	4
27.	Difficulté à prendre des décisions	0	1	2	3	4
28.	Peur de prendre l'autobus, le métro ou le train	0	1	2	3	4
29.	Difficulté à prendre votre souffle	0	1	2	3	4
30.	Bouffées de chaleur ou des frissons	0	1	2	3	4
31.	Besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils vous font peur	0	1	2	3	4
32.	Des blancs de mémoire	0	1	2	3	4
33.	Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps (i.e. bras, jambes, figure, etc.)	0	1	2	3	4
34.	L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés	0	1	2	3	4

0 = Pas du tout

1 = Un peu

2 = Passablement

3 = Beaucoup

4 = Excessivement

35.	Sentiment de pessimisme face à l'avenir	0	1	2	3	4
36.	Difficulté à vous concentrer	0	1	2	3	4
37.	Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
38.	Sentiment de tension ou de surexcitation	0	1	2	3	4
39.	Pensées en relation avec la mort	0	1	2	3	4
40.	Envie de frapper, d'injurier ou de faire mal à quelqu'un	0	1	2	3	4
41.	Envie de briser ou de fracasser des objets	0	1	2	3	4
42.	Tendance à l'anxiété en présence d'autres personnes	0	1	2	3	4
43.	Vous sentir mal à l'aise dans des foules – au centre d'achat ou au cinéma	0	1	2	3	4
44.	Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre	0	1	2	3	4
45.	Moments de terreur et de panique	0	1	2	3	4
46.	Vous disputer souvent	0	1	2	3	4
47.	Nervosité lorsque vous êtes laissé(e) seul(e)	0	1	2	3	4
48.	Sentiment de ne pas être reconnu(e) à votre juste valeur	0	1	2	3	4
49.	Vous sentir tellement tendu(e) que vous ne pouvez pas rester en place	0	1	2	3	4
50.	Sentiment d'être bon(ne) à rien	0	1	2	3	4
51.	Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous	0	1	2	3	4

les laissez faire

52.	Avoir des sentiments de culpabilité	0	1	2	3	4
53.	Avoir l'impression que votre esprit (tête) est dérangé(e)	0	1	2	3	4

B.1.6 Questionnaire sur les Attributions de la douleur gynécologique (Jodoin & Bergeron, 2004, adapté de Peterson & al., 1982)

Questionnaire sur les attributions de la douleur gynécologique

SITUATION 1. Vous éprouvez de la douleur lors d'un examen gynécologique. .
Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres	Totalement causée par moi
personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par lui.
---------------------------	---------------	----------------------------

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
négatifs uniquement dans cette situation		résultats négatifs dans
toutes		
les sphères de ma vie		

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

SITUATION 2. Vous ressentez de la douleur lorsque vous insérez un tampon.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres

Totalement causée par moi

personnes/ circonstances

1 2 3 4 5 6 7

C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui

1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par lui.

D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats

1 2 3 4 5 6 7

Cette cause amène des

négatifs uniquement dans cette situation

résultats négatifs dans

toutes

les sphères de ma vie

E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des situations similaires.

SITUATION 3. Lors d'une relation sexuelle avec votre partenaire, vous ressentez de la douleur pendant la pénétration vaginale.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres		Totalement causée par moi
personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par lui.
---------------------------	---------------	----------------------------

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
négatifs uniquement dans cette situation		résultats négatifs dans
toutes		
les sphères de ma vie		

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

SITUATION 4. Lors d'une relation sexuelle avec votre partenaire, l'intensité de votre douleur rend la pénétration vaginale impossible.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

-

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres
personnes/ circonstances

Totalement causée par moi

1 2 3 4 5 6 7

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui

1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par lui.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats
négatifs uniquement dans cette situation
toutes
les sphères de ma vie

1 2 3 4 5 6 7 Cette cause amène des
résultats négatifs dans

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

SITUATION 5. Vous éprouvez de la douleur dans les heures qui suivent une relation sexuelle.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres		Totalement causée par moi
personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par lui.
---------------------------	---------------	----------------------------

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
négatifs uniquement dans cette situation		résultats négatifs dans
toutes		
les sphères de ma vie		

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

SITUATION 6. Pendant une relation sexuelle avec pénétration vaginale, votre douleur est plus intense que d'habitude.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres
personnes/ circonstances

1 2 3 4 5 6 7

Totalement causée par moi

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui

1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par lui.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats
négatifs uniquement dans cette situation
toutes

1 2 3 4 5 6 7 Cette cause amène des
résultats négatifs dans

les sphères de ma vie

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

SITUATION 7. Vous ressentez de la douleur lorsque votre partenaire stimule vos organes génitaux manuellement.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres		Totalement causée par moi
personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui 1 2 3 4 5 6 7 Totalelement causée par lui.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
négatifs uniquement dans cette situation		résultats négatifs dans
toutes		
les sphères de ma vie		

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

SITUATION 8. Vous ressentez de la douleur lorsque votre partenaire stimule vos organes génitaux oralement.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres		Totalement causée par moi
personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par lui.
---------------------------	---------------	----------------------------

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
négatifs uniquement dans cette situation		résultats négatifs dans
toutes		
les sphères de ma vie		

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

SITUATION 9. Vous ressentez de la douleur lorsque votre partenaire tente d'insérer un ou des doigts dans votre vagin.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres		Totalement causée par moi
personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par lui.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
négatifs uniquement dans cette situation		résultats négatifs dans
toutes		
les sphères de ma vie		

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

SITUATION 10. Le fait d'éprouver de la douleur pendant les relations sexuelles vous donne parfois l'impression de ne pas être une vraie femme.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres		Totalement causée par moi
personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par lui.
---------------------------	---------------	----------------------------

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
---------------------------------	---------------	-----------------------

négatifs uniquement dans cette situation

résultats négatifs dans

toutes

les sphères de ma vie

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais

1 2 3 4 5 6 7

Cette cause sera toujours

présente dans des situations similaires

présente dans des

situations

similaires.

SITUATION 11. Votre douleur interfère avec votre habileté à fonctionner dans votre vie de tous les jours.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances 1 2 3 4 5 6 7 Totalement
causée par moi

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par lui.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui
a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette
situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause amène des
résultats
négatifs uniquement dans cette situation négatifs dans toutes les
sphères de ma vie

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est
uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres
situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause sera toujours présente

présente dans des situations similaires
similaires

dans des situations

SITUATION 12. Depuis que vous souffrez de douleur pendant les relations sexuelles, votre niveau de désir sexuel a diminué.

Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres
personnes/ circonstances

Totalement causée par moi

1 2 3 4 5 6 7

Jusqu'à quel point votre partenaire peut-il être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par lui

1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par lui.

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
négatifs uniquement dans cette situation		résultats négatifs dans
toutes		
les sphères de ma vie		

Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours
présente dans des situations similaires		présente dans des
situations		
similaires.		

B.2 Questionnaires de l'étude 2

B.2.1. Inventaire d'Ajustment Dyadique Révisé (DAS, Spanier, 1976)

Inventaire d'Ajustement Dyadique Révisé

La plupart des couples vivent des désaccords. *Indiquez le degré approximatif d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire dans les domaines suivants. S'il vous plaît, ne complétez ce questionnaire que si vous cohabitez actuellement avec votre partenaire.*

Avant de débiter, veuillez indiquer depuis combien de temps vous et votre partenaire habitez ensemble :

	Toujours en accord	Presque toujours en accord	Parfois en accord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. La religion	5	4	3	2	1	0
2. Les marques d'affection	5	4	3	2	1	0
3. Les prises de décisions importantes	5	4	3	2	1	0
4. Les relations sexuelles	5	4	3	2	1	0
5. Les conventions sociales	5	4	3	2	1	0
6. Les décisions à propos du travail	5	4	3	2	1	0
	Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasion- nellement	Rarement	Jamais
7. À quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé à mettre fin à votre relation?	0	1	2	3	4	5
8. À quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire	0	1	2	3	4	5
9. Vous arrive-t-il de regretter d'avoir décidé de	0	1	2	3	4	5

vous marier (ou de vivre ensemble)?							
10.	À quelle fréquence vous et votre partenaire vous tapez-vous sur les nerfs?	0	1	2	3	4	5

		Tous les jours	Presque tous les jours	Occasionnellement	Rarement	Jamais
11.	Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison?	4	3	2	1	0

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple?

		Jamais	Moins qu'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
12.	Avoir un échange d'idées stimulantes	0	1	2	3	4	5
13.	Travailler ensemble à un projet	0	1	2	3	4	5
14.	Discuter calmement	0	1	2	3	4	5

B.2.2 Brief Symptoms Inventory (BSI, Derogatis et Melisaratos, 1983)

BSI

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque énoncé et **encerclez** le chiffre qui décrit le mieux **COMBIEN VOUS AVEZ ÉTÉ INCOMMODÉ(E) PAR CE PROBLÈME DURANT LES SEPT (7) DERNIERS JOURS, INCLUANT AUJOURD'HUI?**

0 = Pas du tout

1 = Un peu

2 = Passablement

3 = Beaucoup

4 = Excessivement

1.	Nervosité ou impressions de tremblements intérieurs	0	1	2	3	4
2.	Faiblesses ou étourdissements	0	1	2	3	4
3.	L'idée que quelqu'un peut contrôler vos pensées	0	1	2	3	4
4.	L'impression que d'autres sont responsables de la plupart de vos problèmes	0	1	2	3	4
5.	Difficulté à vous rappeler certaines choses	0	1	2	3	4
6.	Facilement irrité(e) et contrarié(e)	0	1	2	3	4
7.	Douleurs à la poitrine ou cardiaques	0	1	2	3	4

8.	Peur dans des espaces ouverts ou sur la rue	0	1	2	3	4
9.	Des pensées de vous enlever la vie	0	1	2	3	4
10.	Le sentiment que vous ne pouvez pas avoir confiance en personne	0	1	2	3	4
11.	Manque d'appétit	0	1	2	3	4
12.	Soudainement effrayé(e) sans raison	0	1	2	3	4
13.	Crises de colère incontrôlables	0	1	2	3	4
14.	Sentiment d'être seul(e) même avec d'autres personnes	0	1	2	3	4
15.	Blocage devant une tâche à accomplir	0	1	2	3	4
16.	Vous sentir seul(e)	0	1	2	3	4
0 = Pas du tout						
1 = Un peu						
2 = Passablement						
3 = Beaucoup						
4 = Excessivement						
17.	Vous sentir triste, nostalgique	0	1	2	3	4
18.	Absence d'intérêt	0	1	2	3	4
19.	Avoir peur	0	1	2	3	4
20.	Vous sentir facilement blessé(e) ou froissé(e)	0	1	2	3	4
21.	Sentir que les gens ne sont pas aimables ou ne vous	0	1	2	3	4

aiment pas

22.	Vous sentir inférieur(e) aux autres	0	1	2	3	4
23.	Nausées, douleurs ou malaises à l'estomac	0	1	2	3	4
24.	Sentiments qu'on vous observe ou qu'on parle de vous	0	1	2	3	4
25.	Difficulté à vous endormir	0	1	2	3	4
26.	Besoin de vérifier et de re-vérifier ce que vous faites	0	1	2	3	4
27.	Difficulté à prendre des décisions	0	1	2	3	4
28.	Peur de prendre l'autobus, le métro ou le train	0	1	2	3	4
29.	Difficulté à prendre votre souffle	0	1	2	3	4
30.	Bouffées de chaleur ou des frissons	0	1	2	3	4
31.	Besoin d'éviter certains endroits, certaines choses ou certaines activités parce qu'ils vous font peur	0	1	2	3	4
32.	Des blancs de mémoire	0	1	2	3	4
33.	Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps (i.e. bras, jambes, figure, etc.)	0	1	2	3	4
34.	L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés	0	1	2	3	4

0 = Pas du tout

1 = Un peu

2 = Passablement

3 = Beaucoup

4 = Excessivement

35.	Sentiment de pessimisme face à l'avenir	0	1	2	3	4
36.	Difficulté à vous concentrer	0	1	2	3	4
37.	Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps	0	1	2	3	4
38.	Sentiment de tension ou de surexcitation	0	1	2	3	4
39.	Pensées en relation avec la mort	0	1	2	3	4
40.	Envie de frapper, d'injurier ou de faire mal à quelqu'un	0	1	2	3	4
41.	Envie de briser ou de fracasser des objets	0	1	2	3	4
42.	Tendance à l'anxiété en présence d'autres personnes	0	1	2	3	4
43.	Vous sentir mal à l'aise dans des foules – au centre d'achat ou au cinéma	0	1	2	3	4
44.	Ne jamais vous sentir près de quelqu'un d'autre	0	1	2	3	4
45.	Moments de terreur et de panique	0	1	2	3	4
46.	Vous disputer souvent	0	1	2	3	4
47.	Nervosité lorsque vous êtes laissé(e) seul(e)	0	1	2	3	4
48.	Sentiment de ne pas être reconnu(e) à votre juste valeur	0	1	2	3	4
49.	Vous sentir tellement tendu(e) que vous ne pouvez pas rester en place	0	1	2	3	4
50.	Sentiment d'être bon(ne) à rien	0	1	2	3	4
51.	Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous	0	1	2	3	4

les laissez faire

52.	Avoir des sentiments de culpabilité	0	1	2	3	4
53.	Avoir l'impression que votre esprit (tête) est dérangé(e)	0	1	2	3	4

B.2.3 Questionnaire sur les attributions de la douleur pendant les relations sexuelles
chez votre partenaire (Jodoin & Bergeron, 2004, adapté de Peterson & al., 1982)

Questionnaire sur les attributions de la douleur gynécologique chez votre partenaire

SITUATION 1. Votre partenaire éprouve de la douleur lors d'un examen gynécologique.

- A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

- B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par moi

- C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par elle.

- D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats négatifs uniquement dans cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause amène des résultats négatifs dans toutes les sphères de ma vie

- E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais présente dans des situations similaires 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause sera toujours présente dans des situations similaires

SITUATION 2. Votre partenaire ressent de la douleur lorsqu'elle insère un tampon.

- A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

- B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par moi

- C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par elle.

- D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats négatifs uniquement dans cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause amène des résultats négatifs dans toutes les sphères de ma vie

- E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais présente dans des situations similaires 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause sera toujours présente dans des situations similaires

SITUATION 3. Lors d'une relation sexuelle avec votre partenaire, elle ressent de la douleur pendant la pénétration vaginale.

- A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.
-

- B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par moi

- C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par elle.

- D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats négatifs uniquement dans cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause amène des résultats négatifs dans toutes les sphères de ma vie

- E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais présente dans des situations similaires 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause sera toujours présente dans des situations similaires

SITUATION 4. Lors d'une relation sexuelle avec votre partenaire, l'intensité de sa douleur rend la pénétration vaginale impossible.

- A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.
-

- B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par moi

- C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par elle.

- D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats négatifs uniquement dans cette situation 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause amène des résultats négatifs dans toutes les sphères de ma vie

- E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours présente
présente dans des situations similaires		dans des situations similaires

SITUATION 5. Votre partenaire éprouve de la douleur dans les heures qui suivent une relation sexuelle.

- A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

- B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par moi
---	---------------	---------------------------

- C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par elle.
----------------------------	---------------	-----------------------------

- D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats négatifs uniquement dans cette situation	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des résultats négatifs dans toutes les sphères de ma vie
--	---------------	--

- E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais présente dans des situations similaires 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause sera toujours présente dans des situations similaires

SITUATION 6. Pendant une relation sexuelle avec pénétration vaginale, la douleur de votre partenaire est plus intense que d'habitude.

- A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.
-

- B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par moi

- C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par elle.

- D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats 1 2 3 4 5 6 7 Cette cause amène des résultats

négatifs uniquement dans cette situation
sphères de ma vie

négatifs dans toutes les

- E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais
présente dans des situations similaires
similaires

1 2 3 4 5 6 7

Cette cause sera toujours présente
dans des situations
similaires

SITUATION 7. Votre partenaire ressent de la douleur lorsque vous stimulez ses organes génitaux manuellement.

- A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

- B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances 1 2 3 4 5 6 7 Totalement causée par moi

- C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle
elle.

1 2 3 4 5 6 7

Totalement causée par

- D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats négatifs uniquement dans cette situation sphères de ma vie	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des résultats négatifs dans toutes les sphères de ma vie
--	---------------	--

E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais présente dans des situations similaires	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours présente dans des situations similaires
--	---------------	---

SITUATION 8. Votre partenaire ressent de la douleur lorsque vous stimulez ses organes génitaux oralement.

A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par moi
---	---------------	---------------------------

C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par elle
----------------------------	---------------	----------------------------

D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
résultats		résultats
négatifs uniquement dans cette situation		négatifs dans toutes les
sphères de ma vie		

E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours présente
présente dans des situations similaires		présente dans des situations
similaires		

SITUATION 9. Votre partenaire ressent de la douleur lorsque vous tentez d'insérer un ou des doigts dans son vagin.

A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par moi
---	---------------	---------------------------

C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par elle.
----------------------------	---------------	-----------------------------

D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des résultats
négatifs uniquement dans cette situation		négatifs dans toutes les
sphères de ma vie		

E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours présente
présente dans des situations similaires		dans des situations
similaires		

SITUATION 10. Le fait d'éprouver de la douleur pendant les relations sexuelles donne parfois l'impression
à votre partenaire de ne pas être une vraie femme.

A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par moi
---	---------------	---------------------------

C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par elle.
----------------------------	---------------	-----------------------------

D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
résultats		résultats
négatifs uniquement dans cette situation		négatifs dans toutes les
sphères de ma vie		

E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours présente
présente dans des situations similaires		présente dans des situations
similaires		

SITUATION 11. La douleur de votre partenaire interfère avec son habileté à fonctionner dans la vie de tous les jours.

A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par moi
---	---------------	---------------------------

C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par elle.
----------------------------	---------------	-----------------------------

D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des
résultats		résultats
négatifs uniquement dans cette situation		négatifs dans toutes les
sphères de ma vie		

E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours présente
présente dans des situations similaires		présente dans des situations
similaires		

SITUATION 12. Depuis que votre partenaire souffre de douleurs pendant les relations sexuelles, son
niveau de désir sexuel a diminué.

A. Sur la ligne ci-dessous, inscrivez quelle est selon vous la cause principale de cette situation.

B. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit de quelque chose à propos de vous ou à propos d'une autre personne qui cause cette situation ?

Totalement causée par les autres personnes/ circonstances	1 2 3 4 5 6 7	Totalement
causée par moi		

C. Jusqu'à quel point votre partenaire peut-elle être responsable de cette situation ?

Aucunement causée par elle	1 2 3 4 5 6 7	Totalement causée par
elle.		elle.

D. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce qu'il s'agit d'une cause qui a des résultats négatifs dans d'autres sphères de votre vie ou seulement dans cette situation spécifique ?

Cette cause amène des résultats	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause amène des résultats
négatifs uniquement dans cette situation		négatifs dans toutes les
sphères de ma vie		

E. Pensez à la cause que vous avez inscrite ci-dessus. Est-ce que cette cause est uniquement applicable à cette situation ou peut-elle être présente dans d'autres situations futures similaires ?

Cette cause ne sera jamais	1 2 3 4 5 6 7	Cette cause sera toujours présente
présente dans des situations similaires		présente dans des situations
similaires		

B.2.4 Formulaire d'Histoire Sexuelle (SHF, Sexual History Form, Nowinski & LoPiccolo, 1979; Schover & Jensen, 1988)

FORMULAIRE D'HISTOIRE SEXUELLE

Veuillez indiquer la réponse la plus appropriée à chacune des questions suivantes. Si vous n'avez pas eu de partenaire dans la dernière année, vous référer à vos expériences sexuelles passées ou vos expériences masturbatoires.

À quelle fréquence avez-vous des activités ou des relations sexuelles avec votre partenaire?

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | Plus d'une fois par jour | <input type="checkbox"/> 6. | Une fois par deux semaines |
| <input type="checkbox"/> 2. | Une fois par jour | <input type="checkbox"/> 7. | Une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 3. | De 3 à 4 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 8. | Moins d'une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. | Deux fois par semaine | <input type="checkbox"/> 9. | Jamais |
| <input type="checkbox"/> 5. | Une fois par semaine | | |

À quelle fréquence aimeriez-vous avoir des relations ou des activités sexuelles?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | Plus d'une fois par jour | <input type="checkbox"/> 6. | Une fois par deux semaines |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2. Une fois par jour | <input type="checkbox"/> 7. Une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 3. De 3 à 4 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 8. Moins d'une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. Deux fois par semaine | <input type="checkbox"/> 9. Jamais |
| <input type="checkbox"/> 5. Une fois par semaine | |

Qui est habituellement l'initiateur de vos relations ou activités sexuelles?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Toujours moi | <input type="checkbox"/> 4. Ma/mon partenaire,
habituellement |
| <input type="checkbox"/> 2. Moi, habituellement | <input type="checkbox"/> 5. Toujours ma/mon
partenaire |
| <input type="checkbox"/> 3. Ma/mon partenaire et moi-
même en proportion assez égale | |

Par qui préféreriez-vous que vos relations ou activités sexuelles soient initiées?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Toujours moi | <input type="checkbox"/> 4. Ma/mon partenaire, de
préférence |
| <input type="checkbox"/> 2. Moi, de préférence | <input type="checkbox"/> 5. Toujours ma/mon
partenaire |
| <input type="checkbox"/> 3. Ma/mon partenaire et moi-
même en proportion assez égale | |

À quelle fréquence vous masturbez-vous?

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | Plus d'une fois par jour | <input type="checkbox"/> 6. | Une fois par deux semaines |
| <input type="checkbox"/> 2. | Une fois par jour | <input type="checkbox"/> 7. | Une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 3. | De 3 à 4 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 8. | Moins d'une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. | Deux fois par semaine | <input type="checkbox"/> 9. | Jamais |
| <input type="checkbox"/> 5. | Une fois par semaine | | |

Depuis combien d'années avez-vous des relations sexuelles avec votre partenaire?

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | Moins de 6 mois | <input type="checkbox"/> 4. | De 4 à 6 ans |
| <input type="checkbox"/> 2. | De 6 mois à un an | <input type="checkbox"/> 5. | De 7 à 10 ans |
| <input type="checkbox"/> 3. | De 1 à 3 ans | <input type="checkbox"/> 6. | Plus de 10 ans |

Combien de temps durent habituellement vos « jeux préliminaires » avant d'avoir une relation sexuelle?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | Moins d'une minute | <input type="checkbox"/> 5. | De 11 à 15 minutes |
| <input type="checkbox"/> 2. | De 1 à 3 minutes | <input type="checkbox"/> 6. | De 16 à 30 minutes |
| <input type="checkbox"/> 3. | De 4 à 6 minutes | <input type="checkbox"/> 7. | De 30 minutes à une heure |
| <input type="checkbox"/> 4. | De 7 à 10 minutes | | |

Quelle est la durée moyenne de vos relations sexuelles habituellement, c'est-à-dire, de la pénétration jusqu'à l'orgasme de monsieur?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Moins d'une minute | <input type="checkbox"/> 6. De 11 à 15 minutes |
| <input type="checkbox"/> 2. De 1 à 2 minutes | <input type="checkbox"/> 7. De 15 à 20 minutes |
| <input type="checkbox"/> 3. De 2 à 4 minutes | <input type="checkbox"/> 8. De 20 à 30 minutes |
| <input type="checkbox"/> 4. De 4 à 7 minutes | <input type="checkbox"/> 9. Plus de 30 minutes |
| <input type="checkbox"/> 5. De 7 à 10 minutes | |

Dans l'ensemble, jusqu'à quel point diriez-vous que vos relations sexuelles avec votre partenaire sont satisfaisantes pour vous?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Extrêmement
insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 4. Légèrement satisfaisantes |
| <input type="checkbox"/> 2. Modérément
insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 5. Modérément satisfaisantes |
| <input type="checkbox"/> 3. Légèrement
insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 6. Extrêmement satisfaisantes |

Dans l'ensemble, jusqu'à quel point diriez-vous que vos relations sexuelles avec votre partenaire sont satisfaisantes pour elle/lui?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Extrêmement
insatisfaisantes | <input type="checkbox"/> 4. Légèrement satisfaisantes |
| <input type="checkbox"/> 2. Modérément | <input type="checkbox"/> 5. Modérément satisfaisantes |

insatisfaisantes

☐ 3. Légèrement ☐ 6. Extrêmement satisfaisantes

insatisfaisantes

Lorsque votre partenaire vous fait des avances, comment répondez-vous habituellement?

☐ 1. J'accepte habituellement avec plaisir ☐ 3. Je refuse souvent

☐ 2. J'accepte à contrecœur ☐ 4. Je refuse habituellement

Si vous essayez, vous est-il possible d'atteindre l'orgasme par la masturbation?

☐ 1. Presque toujours, plus de 90 % du temps ☐ 4. Rarement, environ 25 % du temps

☐ 2. Habituellement, environ 75 % du temps ☐ 5. Jamais

☐ 3. Parfois, environ 50 % du temps ☐ 6. Je n'ai jamais essayé

Si vous essayez, vous est-il possible d'atteindre l'orgasme grâce aux caresses que votre partenaire vous fait aux organes génitaux?

☐ 1. Presque toujours, plus de ☐ 4. Rarement, environ 25 %

90 % du temps

☐ 2. Habituellement, environ

du temps

☐ 5. Jamais

75 % du temps

☐ 3. Parfois, environ 50 % du

☐ 6. Je n'ai jamais essayé

temps

Si vous essayez, vous est-il possible d'atteindre l'orgasme par la relation sexuelle?

☐ 1. Presque toujours, plus de

☐ 4. Rarement, environ 25 %

90 % du temps

du temps

☐ 2. Habituellement, environ

☐ 5. Jamais

75 % du temps

☐ 3. Parfois, environ 50 % du

☐ 6. Je n'ai jamais essayé

temps

Quelle est votre réaction habituelle face à du matériel érotique ou pornographique (images, films, livres)?

☐ 1. Très excité

☐ 3. Pas excité

☐ 2. Quelque peu excité

☐ 4. Réaction négative de
dégoût, répulsion, etc.

Est-ce que monsieur a de la difficulté à obtenir une érection avant le début de la relation sexuelle?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois, 50 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement, moins de 10 % du temps | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement, 75 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion, moins de 25 % du temps | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours, plus de 90 % du temps |

Est-ce que monsieur a de la difficulté à conserver une érection une fois que la relation sexuelle a débuté?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois, 50 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement, moins de 10 % du temps | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement, 75 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion, moins de 25 % du temps | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours, plus de 90 % du temps |

(POUR FEMMES SEULEMENT) Pouvez-vous atteindre l'orgasme par la stimulation de vos organes génitaux à l'aide d'un vibreur ou d'autres moyens, tels que l'eau courante, frottement d'un objet, etc.?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Presque toujours, plus de 90 % du temps | <input type="checkbox"/> 4. Rarement, environ 25 % du temps |
|---|---|

☐ 2. Habituellement, environ ☐ 5. Jamais

75 % du temps

☐ 3. Parfois, environ 50 % du ☐ 6. Je n'ai jamais essayé
temps

(POUR FEMMES SEULEMENT) Pouvez-vous atteindre l'orgasme durant la relation sexuelle si vos organes génitaux sont caressés en même temps (par vous-même, votre partenaire, un vibreur, etc.)?

☐ 1. Presque toujours, plus de ☐ 4. Rarement, environ 25 %
90 % du temps du temps

☐ 2. Habituellement, environ ☐ 5. Jamais
75 % du temps

☐ 3. Parfois, environ 50 % du ☐ 6. Je n'ai jamais essayé
temps

(POUR FEMMES SEULEMENT) Lorsque vous faites l'amour avec votre partenaire (« jeux préliminaires » et relation sexuelle compris), remarquez-vous que certaines des choses suivantes vous arrivent : accélération de votre respiration et de votre pouls, lubrification de votre vagin, sensations plaisantes dans vos seins et vos organes génitaux ?

☐ 1. Presque toujours, plus de ☐ 4. Rarement, environ 25 %

90 % du temps

du temps

☐ 2. Habituellement, environ ☐ 5. Jamais

75 % du temps

☐ 3. Parfois, environ 50 % du ☐ 6. Je n'ai jamais essayé

temps

(POUR HOMMES SEULEMENT) Vous arrive-t-il d'éjaculer sans avoir de sensation agréable au pénis?

☐ 1. Jamais ☐ 4. Parfois, 50 % du temps

☐ 2. Rarement, moins de 10 % ☐ 5. Habituellement, 75 % du

du temps

temps

☐ 3. À l'occasion, moins de ☐ 6. Presque toujours, plus de

25 % du temps

90 % du temps

LES QUESTIONS SUIVANTES S'ADRESSENT

À L'HOMME ET À LA FEMME

Est-ce qu'il arrive à monsieur d'éjaculer sans avoir une érection complète et dure?

☐ 1. Jamais ☐ 4. Parfois, 50 % du temps

☐ 2. Rarement, moins de 10 % ☐ 5. Habituellement, 75 % du

du temps

temps

☐ 3. À l'occasion, moins de ☐ 6. Presque toujours, plus de

25 % du temps

90 % du temps

Est-ce qu'il arrive à monsieur d'atteindre l'orgasme alors qu'il tente une pénétration?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois, 50 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement, moins de 10 % du temps | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement, 75 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion, moins de 25 % du temps | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours, plus de 90 % du temps |

Est-ce que la pénétration est impossible en raison du manque de lubrification ou de la contraction du vagin?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois, 50 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement, moins de 10 % du temps | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement, 75 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion, moins de 25 % du temps | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours, plus de 90 % du temps |

Ressentez-vous de la douleur aux organes génitaux durant la relation sexuelle?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois, 50 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement, moins de 10 % du temps | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement, 75 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion, moins de | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours, plus de |

25 % du temps

90 % du temps

À quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel? Il peut s'agir d'un désir de faire l'amour, de projeter de faire l'amour, de se sentir frustré(e) sexuellement dû au manque d'activité sexuelle, etc.

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | Plus d'une fois par jour | <input type="checkbox"/> 6. | Une fois par deux semaines |
| <input type="checkbox"/> 2. | Une fois par jour | <input type="checkbox"/> 7. | Une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 3. | De 3 à 4 fois par semaine | <input type="checkbox"/> 8. | Moins d'une fois par mois |
| <input type="checkbox"/> 4. | Deux fois par semaine | <input type="checkbox"/> 9. | Jamais |
| <input type="checkbox"/> 5. | Une fois par semaine | | |

Lorsque vous faites l'amour avec votre partenaire, est-ce que vous vous sentez excité(e) sexuellement?

- | | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. | Presque toujours, plus de | <input type="checkbox"/> 4. | Rarement, environ 25 % du |
| | 90 % du temps | | temps |
| <input type="checkbox"/> 2. | Habituellement, environ | <input type="checkbox"/> 5. | Jamais |
| | 75 % du temps | | |
| <input type="checkbox"/> 3. | Parfois, environ 50 % du | | |
| | temps | | |

Lorsque vous faites l'amour avec votre partenaire, ressentez-vous des réactions émotives négatives comme la peur, le dégoût, la honte ou la culpabilité?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois, 50 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement, moins de 10 %
du temps | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement, 75 % du
temps |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion, moins de
25 % du temps | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours, plus de
90 % du temps |

Est-ce que votre partenaire atteint l'orgasme, jouit sans éjaculer (sperme qui sort du pénis)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Jamais | <input type="checkbox"/> 4. Parfois, 50 % du temps |
| <input type="checkbox"/> 2. Rarement, moins de 10 %
du temps | <input type="checkbox"/> 5. Habituellement, 75 % du
temps |
| <input type="checkbox"/> 3. À l'occasion, moins de
25 % du temps | <input type="checkbox"/> 6. Presque toujours, plus de
90 % du temps |

B.2.5 Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX, Lawrance & Byers, 1998).

GLOBAL MEASURE OF SEXUAL SATISFACTION

Globalement, comment décririez-vous votre relation sexuelle avec votre partenaire?
Pour chaque paire de mots, encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre relation sexuelle.

Très bonne							Très mauvaise
7	6	5	4	3	2	1	

Très agréable						Très désagréable
7	6	5	4	3	2	1

Très positive						Très négative
7	6	5	4	3	2	1

Très satisfaisante						Très insatisfaisante
7	6	5	4	3	2	1

Très précieuse						Sans aucune valeur
7	6	5	4	3	2	1

APPENDICE C

FORMULAIRES D'AUTORISATION PAR LES COMITÉS D'ÉTHIQUES

C.1 Formulaires de McGill

C.2 Formulaires du CHUM

C.3. Formulaires de



Faculty of Medicine
3855 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3855, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Téléécriteur: (514) 398-3585

November 11, 2002

Dr. Irv Binik
Stewart Biological Sciences Building
1205 Dr. Penfield Avenue
Montreal, Quebec H3A 1B1

Dear Dr. Binik

We have received correspondence in support of the research proposal AØØ-M77-02A "La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : une étude contrôlée à répartition aléatoire", which was reviewed by the Institutional Review Board, Faculty of Medicine at its meeting of September 9, 2002.

The responses were found to be acceptable and we are pleased to inform you that final approval for the protocol (September 2002), study instruments (November 2002), French and English Recruitment advertisements (September 2002) and revised French Consent forms #1 and #2 (October 17, 2002) provided on November 11, 2002 valid until **September 2003**. The certification document (executed) is enclosed.

It is the responsibility of the investigator to assure that the approved research protocol and consent form is deposited with the Research Ethics Board of each hospital where patient recruitment or study data will be collected.

We ask you to take note that review of all research involving human subjects is required on an annual basis in accord with the date of initial approval. Should any modification to the study or unanticipated development occur prior to the next review, please advise IRB promptly.

Yours sincerely,

Neil MacDonald, M.D.
Chair,
Institutional Review Board

cc: Dr. S. Bergeron, UQAM
Ms. F. Cantini - JGH
Ms. L. Fateen - MUHC/RVH
AØØ-M77-02A



McGill

Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

REVISED

September 9, 2003

Dr. Irv Binik
Stewart Biological Sciences Building
1205 Dr. Penfield Avenue
Montreal, Quebec H3A 1B1

Dear Dr. Binik:

We are writing in response to your request for continuing review by the Institutional Review Board of the study A09-M77-02A entitled "*La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : une étude contrôlée à répartition aléatoire*".

The progress report was reviewed and we are pleased to inform you that full board re-approval for the study was provided on **September 8, 2003**, valid until **September 2004**. The certification of annual review has been enclosed. We note that the current consent form is dated **June 2003**.

We ask you to take note of the investigator's responsibility to assure that the current protocol and consent document are deposited on an annual basis with the Research Ethics Board of each hospital where patient enrollment or data collection is conducted.

Should any modification or unanticipated development occur prior to the next review, please advise the IRB promptly.

Yours sincerely,

Neil MacDonald, M.D.
Chair
Institutional Review Board

cc: Dr. S. Bergeron, UQAM
Ms. F. Cantini – JGH
Ms. L. Fateen – MUHC / RVH
A09-M77-02A



McGill

Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 398-3595

September 14, 2004

Dr. Irv Binik
Stewart Biological Sciences Building
1205 Dr. Penfield Avenue
Montreal, Quebec H3A 1B1

Dear Dr. Binik:

We are writing in response to your request for continuing review by the Institutional Review Board of the study A09-M77-02A entitled *"La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire: une étude contrôlée à répartition aléatoire"*.

The progress report was reviewed and we are pleased to inform you that full board re-approval for the study was provided on *September 13, 2004*, valid until *September 12, 2005*. The certification of annual review has been enclosed.

We ask you to take note of the investigator's responsibility to assure that the current protocol and consent document are deposited on an annual basis with the Research Ethics Board of each hospital where patient enrollment or data collection is conducted.

Should any modification or unanticipated development occur prior to the next review, please advise the IRB promptly.

Yours sincerely,

Celeste Johnston, DEd, RN
Co-Chair
Institutional Review Board

cc: ✓ Dr. S. Bergeron, UQAM
Ms. F. Cantini – JGH
Ms. L. Fateen – MUHC / RVH
A09-M77-02A

**McGill Faculty of Medicine
Institutional Review Board
-Continuing Review-**



Principal Investigator: Iry Binik and Sophie Bergeron Department/Institution: McGill (sexology)

IRB Review Number: A-09-M77-02A Study Number (if any): _____ Review Interval: _____

Title of Research Study: La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire: une étude contrôlée à répartition aléatoire.

Date of initial IRB approval: September 2002 Date of previous continuing review (if applicable): September 2003

INTERIM REPORT (PLEASE CHECK OR SPECIFY)

Current Status of Study:

Active Study: X On Hold: _____ Closed to Enrolment: _____

Interim Analysis: _____ Final Analysis: _____ Study Not Activated*: _____

*If the study has not become active at McGill, please provide correspondence to explain; enclosed: _____

McGill hospital(s) where study is being conducted and has received approval of local Research Ethics Board(s) (if applicable):

JGH: ☐ MUHC/MCH: ☐ MUHC/MGH: ☐ MUHC/MNH-MNI: ☐
MUHC/RVH: ☐ SMH: ☐ Douglas: ☐ Other: ☐ _____

McGill hospital(s) where study has not received approval of local Research Ethics Board(s) (if applicable): _____

If study sponsorship or financial support has changed, please provide correspondence to explain; enclosed: _____

Number of subjects to be enrolled by the McGill PI: 308 Number of subjects enrolled by the McGill PI to date: 150

Number of subjects enrolled by the McGill PI since last review: 80

Have any of these subjects withdrawn from the study?: Yes

Has the study been revised since the last review?: Yes Have the study revisions been approved by the IRB?: Yes

Has the consent form been revised since the last review?: Yes Date of the current consent form: Nov. 14th, 2003

Are there new data since the last review that could influence a subject's willingness to provide continuing consent?: No

Have there been any serious adverse experiences (SAEs)?: No

Have all serious adverse experiences (SAEs) and safety reports relevant to the study been reported to the IRB?: Yes

SIGNATURES:

Principal Investigator: S. Bergeron Date: August 26th 2004

IRB Chair: A. Chénier Date: 13 SEP 2004



McGill

Faculty of Medicine
3655 Promenade Sir William Osler
Montreal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine
3655, Promenade Sir William Osler
Montreal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécopieur: (514) 396-3595

September 13, 2005

Dr. Irv Binik
Stewart Biological Sciences Building
1205 Dr. Penfield Avenue
Montreal, Quebec H3A 1B1

Dear Dr. Binik:

We are writing in response to your request for continuing review by the Institutional Review Board of the study A09-M77-02A entitled "*La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire: une étude contrôlée à répartition aléatoire*".

The progress report was reviewed and we are pleased to inform you that full board re-approval for the study was provided on **September 12, 2005**, valid until **September 11, 2006**. The certification of annual review has been enclosed.

We ask you to take note of the investigator's responsibility to assure that the current protocol and consent document are deposited on an annual basis with the Research Ethics Board of each hospital where patient enrollment or data collection is conducted.

Should any modification or unanticipated development occur prior to the next review, please advise the IRB promptly.

Yours sincerely,

Celeste Honston, DEd. R.N.
Co-Chair
Institutional Review Board

cc: Dr. S. Bergeron, UQAM
Ms. F. Cantini – JGH
Ms. L. Fateen – MUHC / RVH
A09-M77-02A

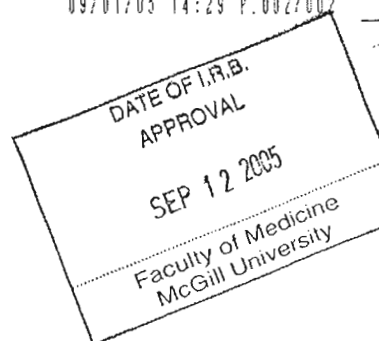
0514 300 1560

AREA PERSONNEL

09/01/05 14:29 P.002/002

** PAGE TOTAL: 02 **

**McGill Faculty of Medicine
Institutional Review Board
-Continuing Review-**



Principal Investigator: Iv Bink and Sophie Bergeron Department/Institution: McGill (psycho) / UCAM (sexology)
 IRB Review Number: A-09-M77-02A Study Number (if any): _____ Review Interval: _____
 Title of Research Study: La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la
vestibulite vulvaire: une étude contrôlée à répartition aléatoire.
 Date of initial IRB approval: September 2002 Date of previous continuing review (if applicable): September 2004

INTERIM REPORT (PLEASE CHECK OR SPECIFY)

Current Status of Study:

Active Study: X On Hold: _____ Closed to Enrolment: _____
 Interim Analysis: _____ Final Analysis: _____ Study Not Activated: _____

*If the study has not become active at McGill, please provide correspondence to explain; enclosed: _____

McGill hospital(s) where study is being conducted and has received approval of local Research Ethics Board(s) (if applicable):

JGH: ☐ MUHC/MCH: ☐ MUHC/MGH: ☐ MUHC/MNH-MNI: ☐
 MUHC/RVH: ☐ SMH: ☐ Douglas: ☐ Other: ☐ _____

McGill hospital(s) where study has not received approval of local Research Ethics Board(s) (if applicable): _____

If study sponsorship or financial support has changed, please provide correspondence to explain; enclosed: _____

Number of subjects to be enrolled by the McGill PI: 308 Number of subjects enrolled by the McGill PI to date: 237

Number of subjects enrolled by the McGill PI since last review: 87

Have any of these subjects withdrawn from the study?: Yes

Has the study been revised since the last review?: Yes Have the study revisions been approved by the IRB?: Yes

Has the consent form been revised since the last review?: No Date of the current consent form: Nov. 14th, 2003

Are there new data since the last review that could influence a subject's willingness to provide continuing consent?: No

Have there been any serious adverse experiences (SAEs)?: No

Have all serious adverse experiences (SAEs) and safety reports relevant to the study been reported to the IRB?: Yes

SIGNATURES:

Principal Investigator: [Signature] Date: September 1st, 2005

IRB Chair: [Signature] Date: 12 SEP 2005



CENTRE DE RECHERCHE

Comités d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche

Équipe Notre-Dame

Frédéric Cooper

3901, boulevard Saint-Laurent - Montréal Q

Bureau M-209

Montréal (Québec) H2W 1Y5

Téléphone : 514-890-8000 - Poste 14485

Télécopieur : 514-412-7394

Le 19 novembre 2002

Dr Sophie Bergeron
Département de sexologie
UQAM
Case postale 8888
Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8

Objet : ND02.068

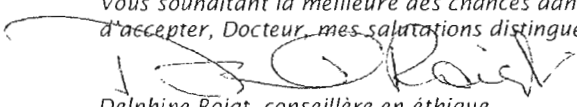
La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : une étude contrôlée à répartition aléatoire

Docteur,

J'accuse réception de votre lettre datée du 7 novembre 2002 en réponse aux demandes du Comité d'éthique de la recherche ainsi que du formulaire de consentement modifié - Version 17 octobre 2002 (#1 (v.1) et #2 (v.2)) concernant le projet décrit en rubrique. Le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie de chacun des formulaires portant l'estampille d'approbation du comité. Seuls ces formulaires devront être utilisés pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale par le comité du protocole qui est valide pour un an à compter du 23 septembre 2002, date de l'approbation initiale. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude doit être approuvée par le comité d'éthique.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.


Delphine Roigt, conseillère en éthique
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche
Hôpital Notre-Dame du CHUM

P. j. Formulaires de consentement approuvés et estampillés

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔPITAL GAZD (Siège social)
3901, rue Saint-Laurent
Montréal (Québec)
H2W 1T6

HÔPITAL NOTRE-DAME
3301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-GEORGES
8758, rue Saint-Georges
Montréal (Québec)
H2X 3J4



CENTRE DE RECHERCHE

Comité d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche

Équipe Hôpital Notre-Dame

Édifice Clouper

3981, boulevard St-Laurent - Mezz 2 - Bureau 10-300

Montréal (Québec) H2W 1T5

Téléphone : 514-890-5000 - Poste 14485

Télécopieur : 514-412-7394

Le 02 octobre 2003

Dr Sophie Bergeron
Département de sexologie
UQAM
Case postale 8888
Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H2C 3P8

Objet :	ND02.068 – Renouvellement annuel <i>La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : une étude contrôlée à répartition aléatoire</i>
----------------	---

Docteur,

J'accuse réception de votre lettre datée du 22 septembre 2003 nous demandant d'approuver la poursuite du projet cité en rubrique pour une autre année. Ce projet avait été approuvé initialement le 23 septembre 2002.

Étant donné que l'approbation annuelle se fait à la date anniversaire de l'approbation initiale du projet, j'approuve, en date d'aujourd'hui, votre projet du 23 septembre 2003 au 23 septembre 2004. Votre rapport annuel est déposé au dossier.

Je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

BRIGITTE ST-PIERRE, conseillère en éthique
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche
Équipe Hôpital Notre-Dame du CHUM

BSTP/go

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔPITAL-CHUM (Siège central)
3840, rue Saint-Basile
Montréal (Québec)
H2W 1T6

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4



CENTRE DE RECHERCHE

Comités d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche

Équipe Hôpital Notre-Dame

Édifice Cooper

3981, boulevard St-Laurent - Mezz 2 - Bureau M-209

Montréal (Québec) H2W 1Y5

Téléphone : 514-890-8000 - Poste 14485

Télécopieur : 514-412-7394

Le 09 septembre 2004

D^r Sophie Bergeron
 Département de sexologie
 UQAM
 Case postale 8888
 Succursale Centre-Ville
 Montréal (Québec) H3C 3P8

OBJET :	RENOUVELLEMENT ANNUEL – ND02.068 <i>La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : une étude contrôlée à répartition aléatoire</i>
---------	---

Docteur,

Je confirme la réception de votre lettre datée du 9 août 2004, nous demandant d'approuver la poursuite du projet cité en rubrique pour une autre année. Votre projet a été approuvé initialement au CÉR de l'équipe Hôpital Notre-Dame du CHUM le 23 septembre 2002.

Étant donné que l'approbation annuelle se fait à la date anniversaire de l'approbation initiale du projet, j'approuve, en date d'aujourd'hui, votre projet du 23 septembre 2004 au 23 septembre 2005. Votre rapport annuel est déposé au dossier.

Je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

BRIGITTE ST-PIERRE, conseillère en éthique
 Vice-présidente
 Comité d'éthique de la recherche
 Équipe Hôpital Notre-Dame du CHUM

BSTP/go

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
 3840, rue Saint-Urbain
 Montréal (Québec)
 H2W 1T6

HÔPITAL NOTRE-DAME
 1560, rue Sherbrooke Est
 Montréal (Québec)
 H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
 1058, rue Saint-Denis
 Montréal (Québec)
 H2X 3J4



CENTRE DE RECHERCHE

Comités d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche

Équipe Hôpital Notre-Dame

Édifice Cooper

3981, boulevard St-Laurent - Mezz 2 - Bureau M-209

Montréal (Québec) H2W 1Y5

Téléphone : 514-890-8000 - Poste 14485

Télécopieur : 514-412-7394

Le 14 septembre 2005

Dr Sophie Bergeron
 Département de sexologie
 UQAM
 Case postale 8888
 Succursale Centre-Ville
 Montréal (Québec) H3C 3P8

OBJET : ND02-068 – RENOUELEMENT ANNUEL 2005-2006
 La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : une étude contrôlée à répartition aléatoire

Docteur,

Je confirme la réception de votre lettre datée du 7 septembre 2005, nous demandant d'approuver la poursuite du projet cité en rubrique pour une autre année. Votre projet a été approuvé initialement au CÉR de l'équipe Hôpital Notre-Dame du CHUM le 23 septembre 2002.

Étant donné que l'approbation annuelle se fait à la date anniversaire de l'approbation initiale du projet, j'approuve, en date d'aujourd'hui, votre projet du 23 septembre 2005 au 23 septembre 2006. Votre rapport annuel est déposé au dossier.

Je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

BRIGITTE ST-PIERRE, conseillère en éthique
 Vice-présidente
 Comité d'éthique de la recherche
 Équipe Hôpital Notre-Dame du CHUM

BSTP/go

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Centre social)
 3840, rue Saint-Hilaire
 Montréal (Québec)
 H2W 1T6

HÔPITAL NOTRE-DAME
 1560, rue Sherbrooke Est
 Montréal (Québec)
 H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LOUIS
 1450, rue Saint-Denis
 Montréal (Québec)
 H2X 1S6

Le 7 septembre 2005

Ghislaine Otis, technicienne en administration
Comités d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
Hôpital Notre-Dame

Objet : ND02.068 – La thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : une étude contrôlée à répartition aléatoire.

Chère Madame Otis,

Le 23 septembre 2002, le comité d'éthique de la recherche du CHUM approuvait notre projet de recherche décrit en rubrique et le 23 septembre 2004, le CÉR renouvelait son approbation pour le même projet. La présente a donc pour but d'assurer le renouvellement de notre approbation par le CÉR et la continuité de notre projet de recherche.

Vous trouverez joint à cette lettre un rapport décrivant les activités de la dernière année de notre étude.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sophie Bergeron, Ph.D.
Professeure
Département de sexologie
UQAM

ND02.068 – LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR POUR LE TRAITEMENT DE LA VESTIBULITE VULVAIRE : UNE ÉTUDE CONTRÔLÉE À RÉPARTITION ALÉATOIRE.

RAPPORT DES ACTIVITÉS DE SEPTEMBRE 2004 À SEPTEMBRE 2005

Septembre 2004 – Évaluations pré-traitement (1 nouvelle participante évaluée) et début de notre cinquième groupe de traitement avec la thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur.

Octobre 2004 – Évaluations pré-traitement (11 nouvelles participantes évaluées) et suivis 6 mois (3 participantes évaluées).

Novembre 2004 – Évaluations pré-traitement (11 nouvelles participantes évaluées), post-traitement (2 participantes évaluées) et début d'un nouveau groupe de traitement médical (6 participantes).

Décembre 2004 – Fin de notre cinquième groupe de traitement avec la thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur.

Janvier 2005 – Évaluations post-traitement (9 participantes évaluées) et suivis 6 mois (9 participantes évaluées) et début de notre sixième groupe de traitement avec la thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur et début d'un nouveau groupe de traitement médical (2 participantes).

Mars, avril et mai 2005 – Évaluations pré-traitement (1 nouvelle participante évaluée), post-traitement (10 participantes évaluées) et suivis 6 mois (5 participantes évaluées). Début d'un nouveau groupe de traitement médical (3 participantes). Fin de notre sixième groupe de traitement avec la thérapie cognitivo-comportementale de soulagement de la douleur.

Juin, juillet et août 2005 – Évaluations pré-traitement (3 nouvelles participantes évaluées), post-traitement (6 participantes évaluées) et suivis 6 mois (9 participantes évaluées). Envoi aux comités d'éthique du CHUM, de l'UQAM et de l'Université McGill d'une demande d'amendement à la publicité de notre projet de recherche le 6 juin 2005. Réception de l'approbation du comité d'éthique de McGill le 14 juin 2005 et du comité d'éthique de l'UQAM le 4 juillet 2005.

Septembre 2005 -- Envoi des demandes de renouvellement de l'approbation des comités d'éthique pour notre projet de recherche en cours aux comités d'éthique du CHUM, de McGill et de l'UQAM.



Université du Québec à Montréal

Cnse postaln 9888, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3P8

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant:

Responsable : Sophie Bergeron
Département : Sexologie
Titre du projet : *La Thérapie de Soulagement de la Douleur pour le traitement de la vestibulite vulvaire : une étude contrôlée à répartition aléatoire*

Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet :
Mélanie Jodoin, étudiante au doctorat en psychologie.

Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le «Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM».

Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche chez l'humain.

Membres du Comité:

Mme Diane Berthelette, Professeure, Département d'organisation et ressources humaines
 Mme Jocelyne Couture, Professeure, Département de philosophie
 M. Claude Hamel, Professeur, Département des sciences biologiques
 Mme Ursula Hess, Professeure, Département de psychologie
 M. Marco Sassoli, Professeur, Département des sciences juridiques
 M. Michael Schleifer, Professeur, Département des sciences de l'éducation
 Mme Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

[Signature]

Date

[Signature]

Présidente du Comité

UQAM

APPENDICE D
CALCUL DE LA PUISSANCE STATISTIQUE

Puissance statistique

L'estimation de la taille requise de l'échantillon a été basée sur les travaux de Cohen (1992). Dans un contexte d'analyses de régressions multiples, pour détecter une taille d'effet médium ($d = 0.15$) avec une puissance statistique d'au moins 0,80 et un alpha de 0.05, pouvant représenter une analyse incluant trois variables indépendantes (les attributions, la douleur comme variable de contrôle et une troisième variable de contrôle dans l'optique où certaines données socio-démographiques seraient corrélées avec la variable dépendante (étude 1 - participantes femmes), Cohen suggère une taille d'échantillon de 76 participants. Par ailleurs, pour une analyse incluant deux variables indépendantes (attributions et une variable de contrôle s'il y a lieu) (étude 2 – participants hommes), Cohen suggère une taille d'échantillon de 67 participants. Le choix d'une taille d'effet médium est justifié par une recherche sur les attributions de la douleur sexuelle ($d = 0.19$) (Meana et al., 1998) et une autre recherche sur les attributions conjugales de la maladie coronarienne ($d = 0.21$) (Graff-Low et al., 1993).

APPENDICE E
ALYSES FACTORIELLES DU ASQ

Factor Analysis Femmes

Communalities

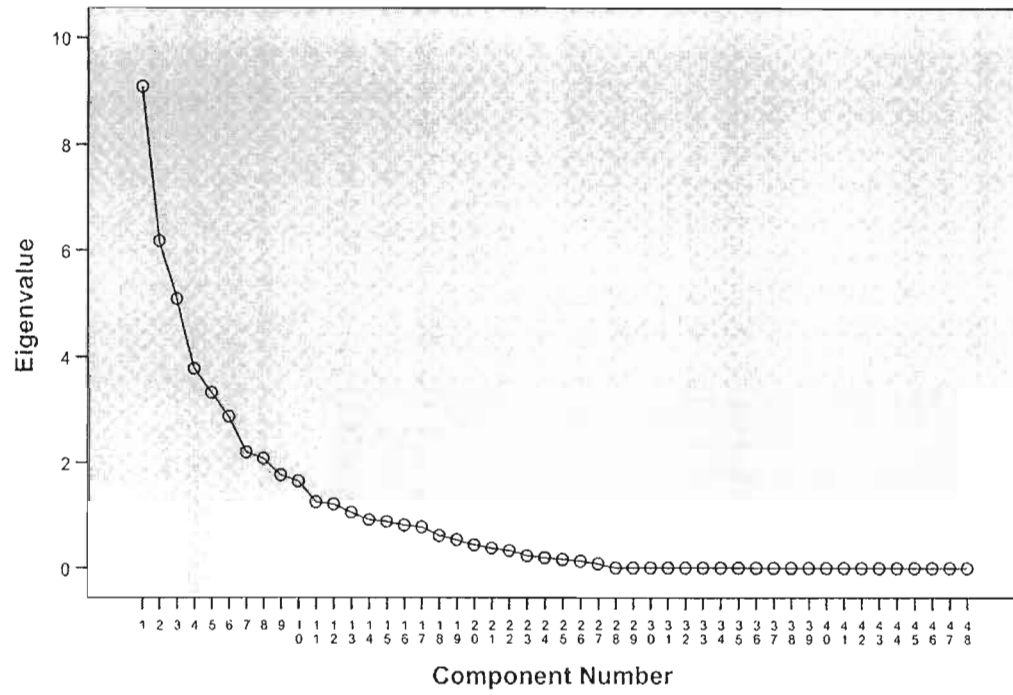
	Initial	Extraction
quichi1 attributions 1	1,000	,475
parchi1 attributions 1	1,000	,247
glochi1 attributions 1	1,000	,314
stachi1 attributions 1	1,000	,571
quichi2 attributions 1	1,000	,611
parchi2 attributions 1	1,000	,196
glochi2 attributions 1	1,000	,014
stachi2 attributions 1	1,000	,364
quichi3 attributions 1	1,000	,743
parchi3 attributions 1	1,000	,624
glochi3 attributions 1	1,000	,783
stachi3 attributions 1	1,000	,667
quichi4 attributions 1	1,000	,679
parchi4 attributions 1	1,000	,651
glochi4 attributions 1	1,000	,591
stachi4 attributions 1	1,000	,626
quichi5 attributions 1	1,000	,439
parchi5 attributions 1	1,000	,297
glochi5 attributions 1	1,000	,733
stachi5 attributions 1	1,000	,617
quichi6 attributions 1	1,000	,520
parchi6 attributions 1	1,000	,247
glochi6 attributions 1	1,000	,526
stachi6 attributions 1	1,000	,707
quichi7 attributions 1	1,000	,681
parchi7 attributions 1	1,000	,540
glochi7 attributions 1	1,000	,582
stachi7 attributions 1	1,000	,459
quichi8 attributions 1	1,000	,322
parchi8 attributions 1	1,000	,143
glochi8 attributions 1	1,000	,427
stachi8 attributions 1	1,000	,555
quichi9 attributions 1	1,000	,601
parchi9 attributions 1	1,000	,376
glochi9 attributions 1	1,000	,516
stachi9 attributions 1	1,000	,605
quichi10 attributions 1	1,000	,480
parchi10 attributions 1	1,000	,429
glochi10 attributions 1	1,000	,728
stachi10 attributions 1	1,000	,541
quichi11 attributions 1	1,000	,274
parchi11 attributions 1	1,000	,243
glochi11 attributions 1	1,000	,552
stachi11 attributions 1	1,000	,506
quichi12 attributions 1	1,000	,614
parchi12 attributions 1	1,000	,547
glochi12 attributions 1	1,000	,686
stachi12 attributions 1	1,000	,466

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9.081	18.918	18.918	9.081	18.918	18.918	7.068	14.725	14.725
2	6.172	12.857	31.775	6.172	12.857	31.775	6.775	14.114	28.839
3	5.088	10.600	42.376	5.088	10.600	42.376	6.202	12.921	41.760
4	3.777	7.868	50.244	3.777	7.868	50.244	4.072	8.484	50.244
5	3.323	6.923	57.167						
6	2.868	5.976	63.143						
7	2.198	4.579	67.722						
8	2.079	4.331	72.053						
9	1.768	3.683	75.735						
10	1.551	3.440	79.175						
11	1.262	2.629	81.804						
12	1.219	2.539	84.343						
13	1.066	2.220	86.563						
14	.918	1.913	88.475						
15	.882	1.837	90.313						
16	.812	1.691	92.004						
17	.775	1.615	93.619						
18	.612	1.275	94.894						
19	.532	1.108	96.002						
20	.435	.906	96.909						
21	.375	.781	97.690						
22	.328	.683	98.372						
23	.230	.479	98.851						
24	.193	.402	99.253						
25	.157	.327	99.580						
26	.127	.264	99.843						
27	.075	.157	100.000						
28	7.01E-016	1.46E-015	100.000						
29	5.75E-016	1.20E-015	100.000						
30	4.53E-016	9.44E-016	100.000						
31	4.42E-016	9.21E-016	100.000						
32	3.17E-016	6.60E-016	100.000						
33	2.71E-016	5.65E-016	100.000						
34	2.12E-016	4.42E-016	100.000						
35	1.91E-016	3.97E-016	100.000						
36	1.42E-016	2.96E-016	100.000						
37	1.08E-016	2.25E-016	100.000						
38	9.64E-017	2.01E-016	100.000						
39	6.14E-017	1.28E-016	100.000						
40	-7.7E-016	-1.61E-017	100.000						
41	-1.1E-016	-2.37E-016	100.000						
42	-1.4E-016	-3.01E-016	100.000						
43	-1.8E-016	-3.84E-016	100.000						
44	-2.0E-016	-4.19E-016	100.000						
45	-2.8E-016	-5.75E-016	100.000						
46	-3.1E-016	-6.53E-016	100.000						
47	-3.8E-016	-7.92E-016	100.000						
48	-4.2E-016	-8.72E-016	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
glochi5 attributions 1	,800			
glochi10 attributions 1	,796			
stachi3 attributions 1	,761			
glochi3 attributions 1	,724		-,497	
glochi12 attributions 1	,698		-,398	
stachi4 attributions 1	,693			
stachi10 attributions 1	,669			
stachi1 attributions 1	,665	-,317		
stachi5 attributions 1	,659		,423	
stachi9 attributions 1	,652		,352	
glochi11 attributions 1	,578			-,347
stachi7 attributions 1	,569			
stachi12 attributions 1	,564		,382	
glochi4 attributions 1	,556		-,464	
stachi11 attributions 1	,540		,417	
glochi8 attributions 1	,526		-,351	
glochi6 attributions 1	,521		-,474	
stachi6 attributions 1	,519		,395	,507
glochi9 attributions 1	,499		-,437	
stachi2 attributions 1	,402			-,392
quichi4 attributions 1		,811		
quichi3 attributions 1		,805		
quichi12 attributions 1		,716		
quichi9 attributions 1		,715		
quichi2 attributions 1		,700		
quichi7 attributions 1		,637	-,331	,405
quichi10 attributions 1	,364	,579		
quichi6 attributions 1		,569	,394	
quichi1 attributions 1		,519	,420	
parchi7 attributions 1		-,517	,313	-,400
quichi5 attributions 1		,516	,374	
quichi8 attributions 1		,497		
glochi1 attributions 1		-,473		
parchi2 attributions 1		-,357		
glochi2 attributions 1				
glochi7 attributions 1	,408		-,560	
parchi12 attributions 1			,546	,427
stachi8 attributions 1	,492		,543	
parchi10 attributions 1			,494	,383
parchi11 attributions 1			,437	
quichi11 attributions 1		,323	-,397	
parchi8 attributions 1				
parchi4 attributions 1				,797
parchi3 attributions 1				,679
parchi9 attributions 1				,573
parchi5 attributions 1				,459
parchi6 attributions 1				,435
parchi1 attributions 1				,377

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
glochi5 attributions 1	,800			
glochi10 attributions 1	,796			
stachi3 attributions 1	,761			
glochi3 attributions 1	,724		-,497	
glochi12 attributions 1	,698		-,398	
stachi4 attributions 1	,693			
stachi10 attributions 1	,669			
stachi1 attributions 1	,665	-,317		
stachi5 attributions 1	,659		,423	
stachi9 attributions 1	,652		,352	
glochi11 attributions 1	,576			-,347
stachi7 attributions 1	,569			
stachi12 attributions 1	,564		,382	
glochi4 attributions 1	,556		-,464	
stachi11 attributions 1	,540		,417	
glochi8 attributions 1	,526		-,351	
glochi6 attributions 1	,521		-,474	
stachi6 attributions 1	,519		,395	,507
glochi9 attributions 1	,499		-,437	
stachi2 attributions 1	,402			-,392
quichi4 attributions 1		,811		
quichi3 attributions 1		,805		
quichi12 attributions 1		,716		
quichi9 attributions 1		,715		
quichi2 attributions 1		,700		
quichi7 attributions 1		,637	-,331	,405
quichi10 attributions 1	,364	,579		
quichi6 attributions 1		,569	,394	
quichi1 attributions 1		,519	,420	
parchi7 attributions 1		-,517	,313	-,400
quichi5 attributions 1		,516	,374	
quichi8 attributions 1		,497		
glochi1 attributions 1		-,473		
parchi2 attributions 1		-,357		
glochi2 attributions 1				
glochi7 attributions 1	,408		-,560	
parchi12 attributions 1			,546	,427
stachi8 attributions 1	,492		,543	
parchi10 attributions 1			,494	,383
parchi11 attributions 1			,437	
quichi11 attributions 1		,323	-,397	
parchi8 attributions 1				
parchi4 attributions 1				,797
parchi3 attributions 1				,679
parchi9 attributions 1				,573
parchi5 attributions 1				,459
parchi6 attributions 1				,435
parchi1 attributions 1				,377

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Communalities

	Initial	Extraction
quichi1 attributions 1	1,000	,475
parchi1 attributions 1	1,000	,247
glochi1 attributions 1	1,000	,314
stachi1 attributions 1	1,000	,571
quichi2 attributions 1	1,000	,611
parchi2 attributions 1	1,000	,196
glochi2 attributions 1	1,000	,014
stachi2 attributions 1	1,000	,364
quichi3 attributions 1	1,000	,743
parchi3 attributions 1	1,000	,624
glochi3 attributions 1	1,000	,783
stachi3 attributions 1	1,000	,667
quichi4 attributions 1	1,000	,679
parchi4 attributions 1	1,000	,651
glochi4 attributions 1	1,000	,591
stachi4 attributions 1	1,000	,626
quichi5 attributions 1	1,000	,439
parchi5 attributions 1	1,000	,297
glochi5 attributions 1	1,000	,733
stachi5 attributions 1	1,000	,617
quichi6 attributions 1	1,000	,520
parchi6 attributions 1	1,000	,247
glochi6 attributions 1	1,000	,526
stachi6 attributions 1	1,000	,707
quichi7 attributions 1	1,000	,681
parchi7 attributions 1	1,000	,540
glochi7 attributions 1	1,000	,582
stachi7 attributions 1	1,000	,459
quichi8 attributions 1	1,000	,322
parchi8 attributions 1	1,000	,143
glochi8 attributions 1	1,000	,427
stachi8 attributions 1	1,000	,555
quichi9 attributions 1	1,000	,601
parchi9 attributions 1	1,000	,376
glochi9 attributions 1	1,000	,516
stachi9 attributions 1	1,000	,605
quichi10 attributions 1	1,000	,480
parchi10 attributions 1	1,000	,429
glochi10 attributions 1	1,000	,728
stachi10 attributions 1	1,000	,541
quichi11 attributions 1	1,000	,274
parchi11 attributions 1	1,000	,243
glochi11 attributions 1	1,000	,552
stachi11 attributions 1	1,000	,506
quichi12 attributions 1	1,000	,614
parchi12 attributions 1	1,000	,547
glochi12 attributions 1	1,000	,686
stachi12 attributions 1	1,000	,466

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4
1	,694	,667	,168	-,213
2	-,232	-,032	,968	-,091
3	-,682	,696	-,156	-,162
4	,017	,263	,103	,959

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

```

CORRELATIONS
/VARIABLES=quichimo1 parchimo1 glochimo1 stachimo1
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

```

Corrélations

[DataSet1] D:\Temporaire\femmesattributions.sav

Corrélations

		quichimo1 quichimo attributions 1	parchimo1 parchimo attributions 1	glochimo1 glochimo attributions 1	stachimo1 stachimo attributions 1
quichimo1 quichimo attributions 1	Corrélation de Pearson	1,000	-,135	-,022	-,140
	Sig. (bilatérale)		,241	,850	,225
	N	77,000	77	77	77
parchimo1 parchimo attributions 1	Corrélation de Pearson	-,135	1,000	,162	,026
	Sig. (bilatérale)	,241		,158	,819
	N	77	77,000	77	77
glochimo1 glochimo attributions 1	Corrélation de Pearson	-,022	,162	1,000	,492**
	Sig. (bilatérale)	,850	,158		,000
	N	77	77	77,000	77
stachimo1 stachimo attributions 1	Corrélation de Pearson	-,140	,026	,492**	1,000
	Sig. (bilatérale)	,225	,819	,000	
	N	77	77	77	77,000

** .La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.855	.843	48

*forte
échelle**Analyses
Attribution*

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.870	.869	12

Saw échelle
Quiché

Attributions
internes

Summary	Descript	General
means	Item	Table
variances	Scale	None

Tableau
Relia 3.

Descript
mean
variance
item

Cronbach's Alpha	on Standardized Items	N of Items
,669	,683	12

Factor 1
 =
 attributions
 Responsabilité
 pasteurale homme

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,878	,876	12

21.6%

= attributions
globales

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,913	,914	12

=
*attribution
stable*

Factor Analysis Hommes

Communalities

	Initial	Extraction
quichi1 attributions 1	1,000	,475
parchi1 attributions 1	1,000	,247
glochi1 attributions 1	1,000	,314
stachi1 attributions 1	1,000	,571
quichi2 attributions 1	1,000	,611
parchi2 attributions 1	1,000	,196
glochi2 attributions 1	1,000	,014
stachi2 attributions 1	1,000	,364
quichi3 attributions 1	1,000	,743
parchi3 attributions 1	1,000	,624
glochi3 attributions 1	1,000	,783
stachi3 attributions 1	1,000	,667
quichi4 attributions 1	1,000	,679
parchi4 attributions 1	1,000	,651
glochi4 attributions 1	1,000	,591
stachi4 attributions 1	1,000	,626
quichi5 attributions 1	1,000	,439
parchi5 attributions 1	1,000	,297
glochi5 attributions 1	1,000	,733
stachi5 attributions 1	1,000	,617
quichi6 attributions 1	1,000	,520
parchi6 attributions 1	1,000	,247
glochi6 attributions 1	1,000	,526
stachi6 attributions 1	1,000	,707
quichi7 attributions 1	1,000	,681
parchi7 attributions 1	1,000	,540
glochi7 attributions 1	1,000	,582
stachi7 attributions 1	1,000	,459
quichi8 attributions 1	1,000	,322
parchi8 attributions 1	1,000	,143
glochi8 attributions 1	1,000	,427
stachi8 attributions 1	1,000	,555
quichi9 attributions 1	1,000	,601
parchi9 attributions 1	1,000	,376
glochi9 attributions 1	1,000	,516
stachi9 attributions 1	1,000	,605
quichi10 attributions 1	1,000	,480
parchi10 attributions 1	1,000	,429
glochi10 attributions 1	1,000	,728
stachi10 attributions 1	1,000	,541
quichi11 attributions 1	1,000	,274
parchi11 attributions 1	1,000	,243
glochi11 attributions 1	1,000	,552
stachi11 attributions 1	1,000	,506
quichi12 attributions 1	1,000	,614
parchi12 attributions 1	1,000	,547
glochi12 attributions 1	1,000	,686
stachi12 attributions 1	1,000	,466

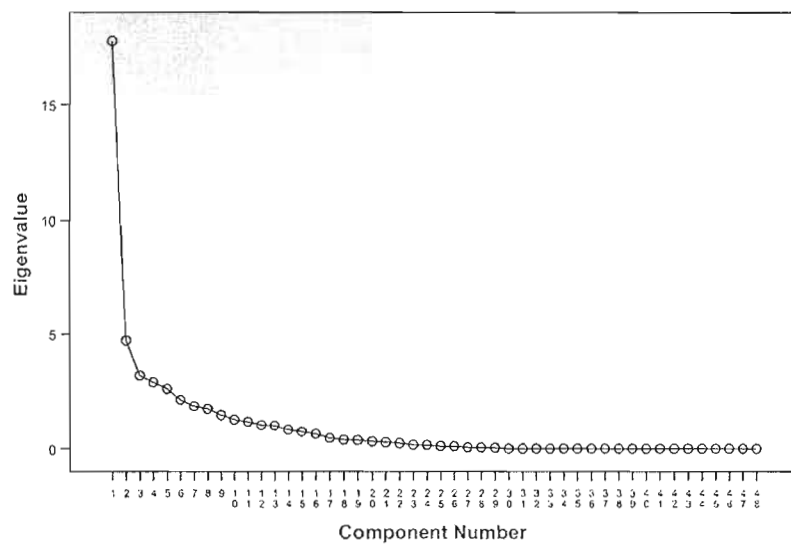
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9.081	18.918	18.918	9.081	18.918	18.918	7.068	14.725	14.725
2	6.172	12.857	31.775	6.172	12.857	31.775	6.775	14.114	28.839
3	5.088	10.600	42.376	5.088	10.600	42.376	6.202	12.921	41.760
4	3.777	7.868	50.244	3.777	7.868	50.244	4.072	8.484	50.244
5	3.323	6.923	57.167						
6	2.868	5.976	63.143						
7	2.198	4.579	67.722						
8	2.079	4.331	72.053						
9	1.768	3.683	75.735						
10	1.651	3.440	79.175						
11	1.262	2.629	81.804						
12	1.219	2.539	84.343						
13	1.066	2.220	86.563						
14	.918	1.913	88.475						
15	.882	1.837	90.313						
16	.812	1.691	92.004						
17	.775	1.615	93.619						
18	.612	1.275	94.894						
19	.532	1.108	96.002						
20	.435	.906	96.908						
21	.375	.781	97.690						
22	.328	.683	98.372						
23	.230	.479	98.851						
24	.193	.402	99.253						
25	.157	.327	99.580						
26	.127	.264	99.843						
27	.075	.157	100.000						
28	7.01E-016	1.46E-015	100.000						
29	5.75E-016	1.20E-015	100.000						
30	4.53E-016	9.44E-016	100.000						
31	4.42E-016	9.21E-016	100.000						
32	3.17E-016	6.60E-016	100.000						
33	2.71E-016	5.65E-016	100.000						
34	2.12E-016	4.42E-016	100.000						
35	1.91E-016	3.97E-016	100.000						
36	1.42E-016	2.96E-016	100.000						
37	1.00E-016	2.25E-016	100.000						
38	9.66E-017	2.01E-016	100.000						
39	6.14E-017	1.28E-016	100.000						
40	-7.7E-018	-1.61E-017	100.000						
41	-1.1E-016	-2.37E-016	100.000						
42	-1.4E-016	-3.01E-016	100.000						
43	-1.8E-016	-3.84E-016	100.000						
44	-2.0E-016	-4.19E-016	100.000						
45	-2.8E-016	-5.75E-016	100.000						
46	-3.1E-016	-6.53E-016	100.000						
47	-3.8E-016	-7.92E-016	100.000						
48	-4.2E-016	-8.72E-016	100.000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Scree Plot



Component Matrix ^a

	Component			
	1	2	3	4
glochi5 attributions	,852			
glochi4 attributions	,815		-,337	
glochi12 attributions	,812			
stachi12 attributions	,800	-,378		
glochi7 attributions	,794		-,354	
glochi6 attributions	,783			
glochi3 attributions	,770			
stachi6 attributions	,759			
stachi4 attributions	,743	-,466		
stachi9 attributions	,742	-,396		
glochi9 attributions	,737			
stachi7 attributions	,729	-,490		
glochi10 attributions	,726			
stachi10 attributions	,708	-,311		
glochi1 attributions	,708		-,301	
parchi3 attributions	,698			-,468
stachi3 attributions	,686	-,444		
stachi5 attributions	,679	-,495		
quichi4 attributions	,676			
quichi5 attributions	,669		,362	
parchi5 attributions	,649			-,351
glochi11 attributions	,633	-,349		
stachi11 attributions	,630	-,414		
parchi4 attributions	,621			-,308
glochi8 attributions	,599		-,416	
parchi2 attributions	,560			-,382
stachi1 attributions	,559		-,376	,413
parchi9 attributions	,548	,465		
quichi9 attributions	,537			
parchi7 attributions	,535	,383	,434	
parchi1 attributions	,474	,312		
parchi10 attributions	,471			,347
quichi7 attributions	,449			,373
stachi2 attributions	,444	-,300		,438
quichi1 attributions	,360	,348		
quichi2 attributions				
quichi10 attributions	,385	,631		
quichi11 attributions		,516		
stachi8 attributions	,497	-,505		
parchi8 attributions	,419	,494		
quichi12 attributions	,430	,480		
quichi3 attributions	,367	,374		,313
parchi11 attributions	,443		,648	
parchi12 attributions	,480	,303	,537	
quichi8 attributions			,430	
quichi6 attributions	,535			,552
parchi6 attributions	,440			-,492
glochi2 attributions	,442		-,417	,484

Extraction Method: Principal Component Analysis.

^a. 4 components extracted.

Rotated Component Matrix^a

	Component			
	1	2	3	4
stachi7 attributions	,875			
stachi4 attributions	,858			
stachi12 attributions	,836		,327	
stachi3 attributions	,814			
stachi9 attributions	,812			
stachi5 attributions	,791			
stachi11 attributions	,733			
stachi10 attributions	,711			
stachi8 attributions	,697			
stachi6 attributions	,692		,365	
glochi11 attributions	,678		,364	
glochi10 attributions	,647	,325		
glochi5 attributions	,580	,484	,457	
glochi12 attributions	,531	,399		,384
stachi2 attributions	,516	,399		
glochi2 attributions		,804		
glochi1 attributions		,733	,340	
stachi1 attributions	,505	,629		
quichi3 attributions		,627		
glochi4 attributions	,480	,600	,438	
quichi7 attributions		,579		
glochi3 attributions	,396	,558	,347	
quichi4 attributions		,546	,310	,326
quichi10 attributions		,533	,406	
quichi1 attributions		,456		,303
parchi8 attributions		,393	,376	,342
parchi3 attributions	,319		,765	
parchi6 attributions			,693	
glochi7 attributions	,388	,447	,690	
parchi5 attributions	,420		,620	
parchi2 attributions			,610	,362
glochi8 attributions		,377	,603	
parchi9 attributions			,583	,432
parchi4 attributions	,330		,554	
glochi6 attributions	,364	,532	,534	
glochi9 attributions	,338	,500	,511	
parchi1 attributions			,479	,358
parchi12 attributions				,750
parchi11 attributions				,742
parchi7 attributions			,365	,691
quichi12 attributions		,322		,570
quichi5 attributions	,502	,305		,553
quichi8 attributions				,537
quichi11 attributions			,343	,518
quichi6 attributions	,397	,460		,499
quichi9 attributions		,319		,416
parchi10 attributions	,371	,311		,394
quichi2 attributions				,343

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 11 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4
1	,665	,471	,468	,342
2	-,739	,355	,374	,434
3	,113	-,486	-,272	,823
4	,005	,645	-,753	,132

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Correlations

[DataSet1] C:\Documents and Settings\Target01\Local Settings\Temporary Internet Files\Content.IE5\M0B5ZY0Y\hommesattributions[1].sav

Correlations

		quichimo attributions	parchimo attributions	glochimo attributions	stachimo attributions
quichimo attributions	Pearson Correlation	1	,632**	,607**	,456**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,005
	N	38	38	38	37
parchimo attributions	Pearson Correlation	,632**	1	,603**	,486**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,002
	N	38	38	38	37
glochimo attributions	Pearson Correlation	,607**	,603**	1	,700**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	38	38	38	37
stachimo attributions	Pearson Correlation	,456**	,486**	,700**	1
	Sig. (2-tailed)	,005	,002	,000	
	N	37	37	37	37

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.958	.958	48

Total
H. atbs

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.833	.834	12

2nd
=
attributions
intents

2nd
3rd
4th

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.878	.880	12

attribution
responsabilité partenaires femmes

projet

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.930	.931	12

attribution
globales

globe

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.941	.942	12

=
attributions
studies

RÉFÉRENCES

- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Beck, J. G., Sakheim, D. K., & Kelly, J. P. (1985). The effects of attentional focus and partner responsiveness on sexual responding: replication and extension. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 361-371.
- Abramson, L.Y., Seligman, & Teasdale, M. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Affleck, G., Pfeiffer, C., Tennen H. & Fifield, J. (1987a). Appraisals of control and predictability in adapting to chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279.
- Affleck, G., Pfeiffer, C., Tennen H., Croog, S. & Levine, S. (1987b). Causal attribution, perceived control, and recovery from a heart attack. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 339-355.
- Agrawal, M., & Dalal, A.K. (1993). Beliefs about the world and recovery from myocardial-Infarction. *Journal of Social Psychology*, 133, 385-394.
- Alloy, L. B., Peterson, C., Abramson, L. Y., Seligman, M. E. (1984). Attributional style and the generality of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 681-687.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Arefjord, Kjersti, Hallaraker, Eli, Havik, Odd, E. et Maeland, John Gunnar (2002). Illness understanding, causal attributions and emotional reactions in wives of myocardial infarction patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75, 101-114.
- Arnold, L. D., Bachmann, G. A., Rosen, R., Kelly, S., & Rhoads, G. G. (2006). Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstetric and Gynecology*, 107(3), 617-624.

- Axe, S., Parmley, T., Woodruff, J.D., Hlopak, B. (1986). Adenomas in minor vestibular glands. *Obstetric and Gynecology*, 68(1), 16-18.
- Baucom, D. H., Aiken, P. A. (1984). Sex role identity, marital satisfaction, and response to behavioural marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 438-444.
- Baucom, D. H., Sayers, S., & Duhe, A. (1989). Attributional style and attributional patterns among married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(4), 596-607.
- Baucom, Donald, H., Sayers, Steven, L. et Sher, Tamara, G. (1990). Supplementing Behavioral Marital Therapy With Cognitive Restructuring and Emotional Expressiveness Training: An Outcome Investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 636-645.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. & Adams, N.E. (1979). Analysis of self-efficacy theory and behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308.
- Bandura, A., & Cervone, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1017-1028.
- Baron, Robert, S., Cutrona, Carolyn, E., Hicklin, Daniel, Russell, Daniel, W. et Lubaroff, David, M. (1990). Social Support and Immune Function Among Spouses of Cancer Patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 344-352.
- Bar-On, D., Gilutz, H., Maynon, T., Ziberman, E. & Cristal, N. (1994). Long-term prognosis of low-risk, post-MI patients- The importance of subjective perceptions of disease. *European Heart Journal*, 15, 1611-1615.
- Basson, R., Leiblum, S. Brotto, L et al. (2003). Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 24, 221-229.

- Bazin, S., Bouchard, C., Brisson, J., Morin, C., Meisels, A., & Fortier, M. (1994). Vulvar vestibulitis syndrome: An exploratory case-control study. *Obstetrics & Gynecology*, 83(1), 47-50.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bennett, R. M., Burckhardt, C. S., Clark, S. R., O'Reilly, C. A., Wiens, A. N., Campbell, S.M. (1996). Group treatment of fibromyalgia: a 6 month outpatient program. *The Journal of Rheumatology*, 23, 521-528.
- Benyamini, Y., Leventhal, E.A., and Leventhal, H. (1997). Attributions and health. In Baum, A., Newman, S., Weinman, J., West, R. & McManus, C. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp.72-77.
- Bergeron, S., Pukall, C. F., & Mailloux, G. (in press). Vulvodynia: Treatment and Quantitative Sensory Testing. In M. Fall, A. Baranowski, & P. Abrams (Eds.), *Urogenital Pain in Clinical Practice*. New York, NY: Dekker.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalife, S., Pagidas, K., & Glazer, H. I. (2001b). Vulvar vestibulitis syndrome: Reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstetrics & Gynecology*, 98(1), 45-51.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalife, S., & Pagidas, K. (1997). Vulvar vestibulitis syndrome: A critical review. *The Clinical Journal of Pain*, 13(1), 27-42.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalife, S., & Pagidas, K. (1996). La vestibulite vulvaire: Une cause fréquente de dyspareunie. *Revue Sexologique*, 4(2), 111-134.
- Billings, E., Bar-On, D., & Rehnquist, N. (1997). Causal attributions by patients, their spouses and the physicians in reaction to patient outcome. *Cardiology*, 88, 367-372.
- Binik, Y. M. (2005). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in dsm-v? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, 34(1), 11-21.

- Binik, Y. M., Pukall, C. F., Reissing, E. D., & Khalife, S. (2001). The sexual pain disorders: A desexualized approach. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(2), 113-116.
- Binik, Y. M., Reissing, E., Pukall, C., Flory, N., Payne, K. A., & Khalife, S. (2002). The female sexual pain disorders: Genital pain or sexual dysfunction? *Archives of Sexual Behavior*, 31(5), 425-429.
- Blaney, P. H., Behar, V., Head, R. (1980). Two measures of depressive cognitions: Their association with depression and with each other. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(5), 678-682.
- Block, A.R., Kremer, E.F., & Gaylor, M. (1980). Behavioral treatment of chronic pain: The spouse as a discriminative cue for pain behavior. *Pain*, 9, 243-252.
- Bohm-Starke, N., Hilliges, M., Blomgren, B., Falconer, C., & Rylander E. (2001). Increased blood flow and erythema in the posterior vestibular mucosa in vulvar vestibulitis. *Obstetric and Gynecology*, 98(6), 1067-1074.
- Bouchard, C., Brisson, J., Fortier, M., Morin, C., & Blanchette, C. (2002). Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: A case-control study. *American Journal of Epidemiology*, 156(3), 254-261.
- Bordieri, J.E., Comninel, M.E., & Drehmer, D.E. (1989). Client attributions for disability: Perceived accuracy, adjustment and coping. *Rehabilitation Psychology*, 34(4), 271-278.
- Boureau, F., Luu, M., Doubrère, J.F., Gay, C. (1984). Élaboration d'un questionnaire d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs (Development of a self-evaluation questionnaire comprising pain descriptors). *Thérapie*, 39, 119-129.
- Boureau, F., Luu, M., & Doubrère, J.F. (1992). Comparative study of the validity of four French McGill Pain Questionnaire (MPQ) versions. *Pain*, 50, 59-65.
- Bradbury, T. N., Beach, S.R.H., Fincham, F.D., & Nelson, G.M. (1996). Attributions and behavior in functional and dysfunctional marriages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 569-576.

- Bradbury, T. N. & Fincham, F. D. (1990). Attributions in Marriage: Review and Critique. *Psychological Bulletin*, 107(1), 3-33.
- Bradbury, T. N. & Fincham, F. D. (1992). Attributions and Behavior in Marital Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 613-628.
- Brady, S.S., & Helgeson, V. S. (1999). Social Support and Adjustment to Recurrence of Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(2), 37-55.
- Brewin, CR. (1984). Attributions for industrial accidents: their relationship to rehabilitation outcome. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2, 156-164.
- Brewin, Chris, R. et MacCarthy, Brigid. (1989). Social Support in the Face of Adversity : The Role of Cognitive Appraisal. *Journal of Research in Personality*, 23, 354-372.
- Brewin, Chris R. (1994). Changes in attribution and expressed emotion among relatives of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 905-911.
- Brotto, L. A., Basson, R., & Gehring, D. (2003). Psychological profiles among women with vulvar vestibulitis syndrome: A chart review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24(3), 195-203.
- Bruchon-Schweiter, M, Cousson, F, Quintard, B, Nuissier, J & Rascle, N. (1996). French adaptation of the Ways of Coping Checklist. *Perception of Motor Skills*. 83(1), 104-106.
- Bulmann, R. & Wortman, CB. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": severe accident victims react to their lot. *Journal of Personal and Social Psychology*, 35, 351-362.
- Butler, J.A., Chadler, T., & Wessely, S. (2001). Causal attributions for somatic sensations in patients with chronic fatigue syndrome and their partners, *Psychological Medicine*, 31, 97-105.
- Busby, D.M. (1990). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed a nondistressed samples. *Dissertation Abstracts International*, 51(6-B), 3180.

- Busby, D.M., Crane, D.R., Larson, J.H., & Christensen, C. (1995). A revision of the Dyadic Scale for use with distressed a nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional. *Journal of Marital & Family Therapy*, 21(3), 289-308.
- Byers, E.S. (2001). Evidence for the importance of relationship satisfaction for women's sexual functioning. In Kaschak, E., Tiefer, L, ed. *A New View of Women's Sexual Problems*. New York: Haworth Press, pp 23-26.
- Byers, E.S., Demmons, S. & Lawrance, K.A. (1998). Sexual satisfaction within dating relationship: A test of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(2), 257-267.
- Campbell, Constance R. & Henry, John W. (1999). Gender Differences in Self-Attributions: Relationship of Gender to Attributional Consistency, Style, and Expectations for Performance in a College Course. *Sex Roles*, 41(1-2), 95-104.
- Cano, A., Gillis, M., Heinz, W., Geisser, M., & Foran, H. (2004). Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain*, 107(1-2), 99-106.
- Cano, A., Weisberg, J.N., & Rollin, G. (2000). Marital Satisfaction and Pain Severity Mediate the Association between Negative Spouse Responses to Pain and Depressive Symptoms in a Chronic Pain Patient Sample, *Pain Medicine*, 1(1), 35-43.
- Chalder, T., Power, M.J. & Wessely, S. (1996). Chronic fatigue in the community: 'A question of attribution.' *Psychological Medicine*, 26, 791-800.
- Cohen, Jacob (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, S., & McKay, G. (1983). Social Support, stress and the buffering hypothesis: An empirical review. Dans Baum, A., et al (eds.), *Handbook of Psychology and Health*, Erlbaum, Hillsdale, N.J., 5.
- Cope. H. David, A., & Mann, A. (1994). 'Maybe it's a virus?': Beliefs about viruses, symptom and attributional style and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 89-98.

- Connor, J. (2003). Vulvar vestibulitis syndrome: Therapeutic implications for couples. In A.M.P. Lyness (ed.), *Feminist perspectives in medical family therapy*, New York: Haworth Press, pp 88-98.
- Cutrona, C.E. (1988). Ratings of social support by adolescents and adult informants : Degree of correspondence and prediction of depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 723-730.
- Cutrona, C.E., & Russell, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. Dans W.H. Jones & D. Pelman (Eds.) *Advances in personal relationships*, Greenwich, CT: JAI Press., 1, pp.33-68.
- Cutrona, C.E., Russell, D., & Jones, R.D. (1984). Cross-situational consistency in causal attributions: Does attributions exist? *Journal of Personality & Social Psychology*, 47(5), 1043-1058.
- Crane, D.R., Busby, D.M., & Larson, J.H. (1991). A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples. *American Journal of Family Therapy*, 19(1), 60-66.
- Daker-White, G. (2002). Reliable and valid self-report outcome measures in sexual (Dys)functional systematic review. *Archives of Sexual Behavior*, 31(2), 197-209.
- Dalton, V.K., Haefner, H.K., Reed, B.,D., Senapati, S., & Cook, A. (2002). Victimization in patients with vulvar dysesthesia/vestibulodynia. Is there an increase prevalence? *Journal of Reproductive Medicine*, 47(10), 829-834.
- Danielsson, I., Eisemann, M., Sjoberg, I., Wikman, M. (2001). Vulvar vestibulitis: a multi-factorial condition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 456-461.
- Danielsson, I., Sjoberg, I., Wikman, M. (2000). Vulvar Vestibulitis : Medical and psychosexual and psychosocial aspects, a case-control study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavian*, 79(10), 872-878.

- Davis, H.J. & Reissing, E.D. (2007). Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature, *Sexual and Relationship Therapy*, 22(2), 245-254.
- De Araujo, G., van Arsdale, P., Holmes, T., & Dudley, D. (1973). Life change, coping ability and chronic intrinsic asthma. *Journal of psychosomatic research*, 17, 359-363.
- De Chabert, J.T. et Cobb, M. (2002). HIV/AIDS and care provider attributions : Who's to blame? *AIDS CARE*, 14(4), 545-548.
- de Jong, J. M., van Lunsen, R. H., Robertson, E. A., Stam, L. N., & Lammes, F. B. (1995). Focal vulvitis: A psychosexual problem for which surgery is not the answer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 16(2), 85-91.
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Desrosiers, M. Bergeron, S. Meana, M. & Leclerc, B. (in presse). Psychosexual Characteristics of Vestibulodynia Couples : Partner Solicitousness and Hostility are Associated with Pain. *Journal of Sexual Medicine*, xxx.
- De Valle, M.N., & Norman, P. (1992). Causal attributions, health locus of control beliefs and life style changes among pre-operative coronary patients. *Psychology of Health*, 7, 201-211.
- Dimond, M. (1979). Social Support and adaptation to chronic illness: The case of maintenance hemodialysis. *Research in Nursing and Health*, 2, 101-108.
- Doherty, W. (1982). Attribution style and negative problem solving in marriage. *Family Relations*, 31, 17-23.
- Dorhenwend, B. P., Raphael, K. G., Marbach, J. J., & Gallagher, R. M. (1999). Why is depression comorbid with chronic myofascial pain? A family study of test alternative hypotheses. *Pain*, 83,183-192.
- Dua, Jagdish K. (1995). Retrospective and Prospective Psychological and Physical Health as a Function of Negative Affect and Attributional Style. *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 507-517.

- Duncan, Terry et McAuley, Edward (1987). Efficacy expectations and Perceptions of Causality in Motor Performance. *Journal of Sport Psychology*, 9, 385-393.
- Duval, Shelley T. & Lalwani, Neal (1999). Objective Self-Awareness and Causal Attributions for Self-Standard Discrepancies: Changing Self of Changing Standard of Correctness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(10), 1220-1229.
- Eaves, G., Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 31-40.
- Eidelson, R.J., & Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 715-720.
- Epstein, N., & Eidelson, R.J. (1981). Unrealistic beliefs of clinical couples: Their relationship to expectations goals and satisfaction. *American Journal of Family Therapy*, 9(4), 13-22.
- Fallen, Hermann, Schilling, Stefan et Lang Hermann (1995). Causal Attribution and Adaptation among Lung Cancer Patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(5), 619-627.
- Felton, B.J., & Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Ferreira, R., & Murray, J. (1983). Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory: Measuring anxiety with and without an audience during performance on a stabilometer. *Perceptual & Motor Skills*, 57(1), 15-18.
- Fichten, C.S., Spector, I. Libman, E. (1988). Client attributions for sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 14(3), 208-224.
- Fincham, F.D., & O'Leary, K.D. (1983). Causal inferences for spouse behaviour in maritally distressed and nondistressed couples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 42-57.

- Fincham, F.D (1985a). Attribution processes in distressed and non distressed couples: 2. Responsibility for marital problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 183-190.
- Fincham, F.D., Beach, S., & Nelson, G. (1987). Attribution processes in distressed and non distressed couples: III. Causal and responsibility attributions for spouse behaviour. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 71-86.
- Fincham, F. D., Beach, S.R. & Baucom, D. H. (1987). Attribution Processes in Distressed and Nondistressed Couples: IV. Self-Partner Attribution Differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(4), 739-748.
- Fincham, F. D. & Bradbury, Thomas, N. (1987). Cognitive Processes and Conflict in Close Relationships: An Attribution-Efficacy Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1106-1118.
- Fincham, F. D. & Bradbury, Thomas, N. (1988). The impact of attributions in marriage: Empirical and conceptual foundations. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 77-90.
- Fincham, Frank. D. & Bradbury, Thomas, N. (1989). Perceived Responsibility For Marital Events: Egocentric or Partner-centric Bias? *Journal of Marriage and the Family*, 51, 27-35.
- Fincham, Frank. D. & Bradbury, Thomas, N. (1992). Assessing Attributions in Marriage: The Relationship Attribution Measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 457-468.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: antecedent of consequence of chronic pain? A review. *Clinical Journal of Pain*, 13, 116-147.
- Fisher, W.A., Rosen, R.C., Eardley, I., Sand, M., & Goldstein, I. (2005). Sexual Experience of Female Partners of Men with Erectile Dysfunction: The Female Experience of Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (FEMALES) Study. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 675-684.

- Flor, H., Kerns, R.D., & Turk, D.C. (1987a). The role of spouse reinforcement, perceive pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(2), 251-259.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health & Social Behavior*, 21(3), 219-239.
- Fordyce, W. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St-Louis: CV Mosby.
- Fortune , D.G., Richards, H.L., Main, C.J., and Griffith, C.E.M. (2000). Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis. *British Journal of Health Psychology*, 5, 71-82.
- Foster, D.C., Sazenski, T.M., & Stodgell, C.J. (2004). Impact of genetic variation in interleukin-1 receptor genes on vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 49(7), 503-509.
- Furlonge, C.B., Thin, R.N., Evans, B.E., Mckee, P.H. (1991). Vulvar vestibulitis syndrome: a clinico-pathological study. *British Journal of Obstetric and Gynaecology*. 98(7), 703-706.
- Furze, Gill, Lewin, Robert J. P., Roebuck, Alun, Thompson, David R. & Bull Peter (2001). Attributions and Misconceptions in Angina: An Exploratory Study. *Journal of Health Psychology*, 6(5), 501-510.
- Frank, D., & Maass, A. (1985). Relationship Factors as Predictors of Causal Attributions About Sexual Experiences. *Sex Roles*, 12(7/8), 697-711.
- Friedrich, E.G. Jr., (1987). Vulvar Vestibulitis Syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 32(2), 110-114.
- Ganz, P.A., Desmond, K.A., Belin, T.R., Meyerowitz, B.E., & Rowland, J.H. (1999). Predictors of Sexual Health in Women After a Breast Cancer Diagnosis, *Journal of Clinical Oncology*, 17(8), 2371-2380.
- Gates, E.A., & Galask, R.P. (2001). Psychological and sexual functioning in women with vulvar vestibulitis. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynaecology*, 22(4), 221-228.

- Geisser, M. E. Cano, A. Leonard, M.T. (2005). Factors Associated With Marital Satisfaction and Mood Among Spouses or Persons With Chronic Back Pain, *The Journal of Pain*, 6(8), 518-525.
- Gerber, S., Bongiovanni, A.M., Ledger W.J., & Witkin, S.S. (2003). Interleukin-1 beta gene polymorphism in women with vulvar vestibulitis syndrome. *European Journal of Obstetric Gynecology Reproductive Biology*, 107(1), 74-77.
- Ghizzani, A., Pirtoli, L., Belleza, A., & Velicogna, F. (1995). The evaluation of some factors influencing the sexual life of women by breast cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21(1), 57-63.
- Gibson, L., & Strong, J. (1996). The reliability and validity of a measure of perceived functional capacity for work in chronic back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 6(3), 159-175.
- Glazer, H.I., Rodke, G., Swencionis, C., Hertz, R., & Young, A.W. (1995). Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *Journal of Reproductive Medicine*, 40(4), 283-290.
- Goetsch, M. F. (1991). Vulvar vestibulitis: prevalence and historic features in a general gynaecologic practice population. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 164, 1609-1614.
- Goldstein, I., Fisher, W.A., Sand, M. R.N., Rosen, R.C., Mollen, M., Brock, G., Karlin, G., Pommerville, P., Bangerter, K., Bandel, T.-J., Derogatis, L.R. (2005). Women's Sexual Function Improves When Partners Are Administered Vardenafil for Erectile Dysfunction: A Prospective, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 819-832.
- Gordon, A. S., Panahian-Jand, M., McComb, F., Melegari, C., & Sharp, S. (2003). Characteristics of women with vulvar pain disorders: Responses to a web-based survey. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29 (Suppl. 1), 45-58.
- Gottman, J.M. (1979). *Marital Interactions: Experimental Investigation*. New York: Academic Press.

- Graff-Low, Kathryn, Thoresen, Carl. E., Patillo, Jerry R. & Fleischman N (1993). Causal Attributions And Coronary Heart Disease In Women. *Psychological Reports*, 73, 627-636.
- Granot, M. (2005). Personality Traits with Perception of Noxious Stimuli in Women With Vulvar Vestibulitis Syndrome. *The Journal of Pain*, 6(3), 168-173.
- Granot, M., Friedman, M., Yarnitsky, D., Zimmer, EZ. (2002). Enhancement of the perception of systemic pain in women with vulvar vestibulitis. *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, 109(8), 863-866.
- Green, D.W. & McManus, I.C. (1995). Cognitive structural models: The perception of risk and prevention in coronary heart disease. *British Journal of Psychology*, 86, 321-336.
- Gruman, J.C., & Sloan, Richard, P. (1983). Disease as justice: Perceptions of the victims of physical illness. *Basic and Applied Social Psychology*, 4(1), 39-46.
- Hallam-Jones, R., Wylie, K. R., Osborne-Cribb, J., Harrington, C., & Walters, S. (2001). Sexual difficulties within a group of patients with vulvodynia. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(2), 113-126.
- Harlow, B.L., & Stewart, E.G. (2005). Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. *American Journal of Epidemiology*, 161(9), 871-880.
- Harlow, B.L., & Stewart, E.G. (2003). A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of American Medicine Womens Association*, 58(3), 82-88.
- Holmes, Judith, A. et Stevenson, Crist, A.Z. (1990). Differential Effects of Avoidant and Attentional Coping Strategies on Adaptation to Chronic and Recent-Onset Pain. *Health Psychology*, 9(5), 577-584.
- Holtzworth-Munroe, Amy & Jacobson, Neil S. (1985). Causal Attributions of Married Couples: When Do They Search for Causes? What Do They Conclude When They Do? *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), 1398-1412.

- Hommel, Kevin, A., Chaney, John, M., Mullins, Larry, L., Palmer, William, Wees, Steven et Klein, Harry (2000). The Contribution of Attributional Style to Perceived Disability in Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(2), 113-120.
- Hooley, Jill M. & Licht, Deborah, M. (1997). Expressed Emotion and Causal Attributions in the Spouses of Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 298-306.
- Hunsley, J., Pinsent, C., Lefebvre, M, James-Tanner, S., & Vito, Diana (1995). Construct validity of the short forms of the Dyadic Adjustment Scale. *Family Relations: Journal of Applied Family & Child Studies*, 44(3), 231-237.
- Hurlbert, D.F., White, L.C., Powell, R.D., & Apt. C. (1993). Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(1), 3-13.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- Jantos, M., & White, G. (1997). The vestibulitis syndrome. Medical and psychosexual assessment of a cohort of patients. *The journal of reproductive medicine*, 42 (3), 145-152.
- Jensen, D.M., Karoly, P., & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. *Pain*, 27, 117-126.
- Jodoin, M., Bergeron, S., Khalife, S., Dupuis M-J., Desrochers, G., & Leclerc, B. (submitted). Attributions as predictors of psychosexual and dyadic adjustment in women with vestibulodynia. *Archives of Sexual Behavior*, xxx.
- Jonhson, Joel T. (2001). On Weakening the Strongest Link: Attributions and Intervention Strategies for Behavior Change. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(4), avril, 408-422.

- Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A., & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. *The Journal of Pain*, 5(4), 195-211.
- Kellet, S., Beail, N., Newman, D.W., & Hawes, A. (2004). The factor structure of the Brief Symptom Inventory: Intellectual disability evidence. *Clinical Psychological & Psychotherapy*, 11(4), 275-281.
- Kellet, S., Beail, N., Newman, D.W., & Frankkish, P. (2003). Utility of the Brief Symptom Inventory in the Assessment of Psychological Distress. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16(2), 127-134.
- Kielcolt-Glaser, Janice, K. et Newton, Tamara, L. (2001). Marriage and Health : His and Hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472-503..
- Lau.R.R., & Hartman, K.A. (1983). Common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2, 167-185.
- Laumann, E. O., Paik, A. & Rosen, R.C. (1999) Sexual dysfunction in the United States: Prevalence, predictors and outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-545.
- Lefcourt, HM. (1976). *Locus of Control: Currents Trends in Theory and Practice*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Association. pp., 211.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L. & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. In Petrie, K.J., Weinman, J., West, R., & McManus, C. (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, pp.131-135.
- Libman, E., Fichten, C., & Brender, W. (1984). Prognostic factors and classification issues in the treatment of secondary orgasmic dysfunction. *Personnality and Individual Differences*, 5(1), 1-10.
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S, & Holman HR (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Athritis Rheumatoid*, 32(1), 37-44.

- Love, A., Loeboeuf, D.C., & Crisp, T.C. (1989). Chiropractic chronic low back pain sufferers and self-report assessment methods. Part 1. A reliability study of the Visual Analogue Scale, the pain drawing and the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 12, 21-25.
- Loweinstein, L, Vardi, Y, Deutsch, M., Friedman, M., Gruenwald, I., Granot, M., Sprecher, E., & Yarnitsky, D. (2004). Vulvar vestibulitis severity—assessment by sensory and pain testing modalities. *Pain*, 107(1-2), 47-53.
- Lundqvist, E.N., & Bergsahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: Evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Dermato-Venereologica*, 83, 369-373.
- Madden, M.E., & Janoff-Bulman, R. (1981). Blame, control and marital satisfaction: Wives' attributions for conflict in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 363-374.
- Mann, M.S., Kaufman, RH, Brown, D Jr., Adam, E. (1992). Vulvar Vestibulitis: significant clinical variables and treatment outcome. *Obstetric and Gynecology*, 79(1), 122-125.
- Manne, Sharon & Sandler, Irwin (1984). Coping and Adjustment To Genital Herpes. *Journal of Behavioral Medecine*, 7(4), 391-411.
- Manne, S.L, & Zautra, A.J. (1990). Couples Coping with Chronic Illness : Women with Rheumatoid Arthristis and Their Healthy Husbands, *Journal of Behavioral Medicine*, 13(4), 327-342.
- Marinoff, SC., & Turner, ML. (1991). Vulvar vestibulitis syndrome: an overview. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 165(4 Pt 2), 1228-1233.
- Marinoff, SC., & Turner, ML. (1986). Hyersensitivity to vaginal candidiasis or treatment vehicles in the pathogenesis of minor vestibular gland syndrome. *Journal of Reproduction and Medicine*, 31(9), 796-799.
- Masheb, R.M., Grilo, C.M. & Brondolo, E. (1999). Shame and its psychopathologic correlates in two women's health problems: Binge eating disorder and vulvodynia. *Eating Weight Disorder*, 4, 187-193.

- Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D., & Rimm, D. C. (1987). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (3rd ed.). New York: Hartcourt Brace Jovanovich.
- Meana, M., Binik, Y. M., Khalife, S., & Cohen, D. (1999). Psychosocial correlates of pain attributions in women with dyspareunia. *Psychosomatics*, 40(6), 497-502.
- Meana, M. (1998). The meeting of pain and depression: Comorbidity in women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(9), 893-899.
- Meana, M., Binik, K., Khalife, S., & Cohen, D. (1998). Affect and marital adjustment in women's rating of dyspareunic pain. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(4), 381-385.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalife, S., & Bergeron, S., Padigas, K., & Berkley, K.J. (1997). Dyspareunia, more than bad sex. *Pain*, 71(3), 211-212.
- Meana, M., Binik, Y.M., Khalife, S., & Cohen, D. (1997). Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome?, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (9), 561-569.
- Meana, M., & Binik, Y. M. (1994). Painful coitus: A review of female dyspareunia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(5), 264-272.
- Medvene, L.J., & Wood, J.F. (1988). Causal attributions and parent-child relationships in a self-help group for families of the mentally ill. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 1413-1430.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Melzack, R., Katz, J., &Coderre T. J. (1992). Methods of postoperative pain control. *Cahiers d'Anesthesiologie*, 40(5), 309-315.
- McNulty, James K. & Karney, Benjamin R. (2001). Attributions in Marriage: Integrating Specific and Global Evaluations of a Relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 934-955.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.

- Melzack, R., & Wall, P. D. (1982). *The Challenge of Pain: A modern medical classic*. London: Penguin books.
- Melzack, R., Katz, J., &Coderre TJ (1992). Methods of postoperative pain control. *Cahiers d'Anesthesiologie*, 40(5), 309-315.
- Metalsky, G.I., Halberstadt, L., & Abramson, L.Y (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful the diathesis-stress and causal mediation components of the reform theory of depression. *Journal of Personality & Social Psychology*, 52(2), 386-393.
- Michela.J.L., & Wood, J.W., (1986). Causal attribution in health and illness. In Kendall, P.C. (Ed.), *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, 5, Orlando, Florida: Academic Press, 179-235.
- Michie, S., McDonald, V. & Marteau, T.M. (1996). Understanding responses to predictive genetic testing : A grounded theory approach. *Psychological Health*, 11, 455-470.
- Mickelson, K.D., Wrobbles, M., & Helgeson, V.S. (1999). 'Why my child?': Parental attributions for children's special needs. *Journal of Applied and Social Psychology*, 9, 1263-1292.
- Miller, R.L., Brickman, P. & Bolen, D. (1975). Attributions versus persuasion as a means for modifying behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 56-67.
- Molvaer, J., Hantzi, A. & Papadatos, Y. (1992). Psychotic patient's attributions for mental illness. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 210-212.
- Moore, D.R., & Heiman, J.R. (2006). Women's sexuality in context: relationship factors and female sexual function. In: Goldstein, I., Meston, C.M., Davis, S.R., & Traish, A.M., ed. *Women's Sexual Function and Dysfunction*. Taylor & Francis, London, New York, pp 63-84.

- Moyal-Barraco, M., & Lynch, P.J. (2004). 2003 ISSVD terminology and classification of vulvodynia: a historical perspective. *Journal of Reproductive Medicine*, 49(10), 772-777.
- Moss-Moris, R, Petrie, K.J., & Weinman, J (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25.
- Nicholas, M, Wilson, P, Goyen, J (1992). Comparison of cognitive-behavioural group for treatment for chronic low back pain. *Behavioral Research and Therapy*, 29, 225-238.
- Nielson, W.R., & MacDonald, M.R. (1988). Attributions of blame and coping following spinal cord injury: is self-blame adaptive? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 7(2/3), 163-175.
- Nosarti, Chiara, Roberts, Jonathan V., Crayford, Timothy, McKenzie, Kwame et David, Anthony S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients : A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1123-1130.
- Nowinski, J.K., LoPiccolo, J (1979). Assessing sexual behavior in couples. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5(3), 225-243.
- O'Brien, Tess, Byrd et DeLongis Anita (1996). The Interactional Context of Problem-, Emotion-, and Relationship-Focused Coping : The Role of the Big Five Personality Factors. *Journal of Personality*, 64(4), décembre, 775-813.
- Patterson, G.R.(1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Payne, K.A., Binik, Y.M., Pukall, C.F., Thaler, L., Amsel, R., & Khalifé, S. (2007). Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensations: A comparison of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 289-300.
- Payne, K.A., Binik, Y.M., Pukall, C.F., Thaler, L., Amsel, R., & Khalifé, S. (2007). Effects of sexual arousal on genital and non-genital sensations: A comparison

- of women with vulvar vestibulitis syndrome and healthy controls. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 289-300.
- Payne, K., Binik, Y. M., Amsel, R., & Khalife, S. (2005). When sex hurts, anxiety and fear orient attention toward pain. *European Journal of Pain*, 9(4), 427-36 .
- Peterson, C., Semmela, A., Vonbaeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Seligman, M.E.D. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy & Research*, 6(3), 287-300.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91(3), 347-374.
- Peterson, C., Villanova, P., Raps, C. S. (1985). Depression and attributions: Factors responsible for inconsistent results in the published literature. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 165-168.
- Pukall, C. F., Binik, Y. M., Khalife, S., Amsel, R., & Abbott, F. V. (2002). Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain*, 96(1-2), 163-175.
- Pukall, C. F., Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalife, S., & Abbott, F. V. (2000). New clinical and research perspectives on the sexual pain disorders. *Journal of Sex Education & Therapy*, 25(1), 36-44.
- Pukall, C.F., Strigo, I.A., Binik, Y.M., Amsel, R., Khalife, S., & Bushnell, M.C. (2005). Neural correlates of painful genital touch in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Pain*, 115(1-2), 118-127.
- Peterson, C., Semmela, A., Vonbaeyer, C., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., & Seligman, M.E.D. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy & Research*, 6(3), 287-300.
- Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1987). *Explanatory style and illness*. *Journal of Personality*, 55, 237-265.

- Poon, Wing-Tong & Lau, Sing (1999). Coping With Failure : Relationship With Self-Concept Discrepancy and Attributional Style. *The Journal of Social Psychology*, 139(5), 639-653.
- Reed, B. D., Advincula, A. P., Fonde, K. R., Gorenflo, D. W., & Haefner, H. K. (2003). Sexual activities and attitudes of women with vulvar dysesthesia. *Obstetric and Gynecology*, 102(2), 325-331.
- Reed, B. D., Haefner, H. K., Punch, M. R., Roth, R. S., Gorenflo, D. W., & Gillespie, B. W. (2000). Psychosocial and sexual functioning in women with vulvodynia and chronic pelvic pain. A comparative evaluation. *The Journal of Reproductive Medicine*, 45(8), 624-632.
- Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalife, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 47-59.
- Reissing, E.D., Brown, C., Lord, M.J., Binik, Y.M., & Khalife, S. (2005). Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynaecology*, 26(2), 107-113.
- Robinson, Elizabeth, A. R., (1996). Causal Attributions About Mental Illness : Relationship to Family Functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), avril, 282-295.
- Romano, J.M., Turner, J.A., Jensen, M.P., Freidman, L.S., Bulcroft, R.A., Hops, H., & Wright, S.F. (1995). Chronic pain patient-spouse behavioral interactions predict patient disability. *Pain*, 63, 353-360.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., D'Agostino, R., Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208.

- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and Validation of a Brief Version of the Dyadic Adjust Scale with a Nonparametric Item Analysis Model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27.
- Sackett, S., Gates, E., Heckman-Stone, C., Kobus, A. M., & Galask, R. (2001). Psychosexual aspects of vulvar vestibulitis. *The Journal of Reproductive Medicine*, 46(6), 593-598.
- Sahin, N.H., Batigün, A.D., & Ugurtas, S. (2002). The validity, reliability and factor structure of the Brief Symptom Inventory (BSI)/ Kisa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullaniminin German Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 125-135.
- Sandler, I., & Barrera, M. (1984). Social Support and as a stress buffer: A multimethod investigation. *American Journal of Community and Psychology*, 12, 37-52.
- Scepkowski, L. A, Wiegel, M., Bach, A. K., Weisberg, R. B., Brown, T. A., Barlow, D. H. (2004). Attributions for sexual situations in men with and without erectile disorder: Evidence from a sex-specific attributional style measure. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 559-569.
- Schiaffino, K.M., & Revenson, T.A. (1995). Relative contributions of spousal support and illness appraisals to depressed mood in arthritis patients. *Arthritis-Care-and-Research*, 8(2), 80-87.
- Schiaffino, K.M. & Revenson, T.A. (1992). The role of perceived self-efficacy, perceived control, and causal attributions in adaptation to rheumatoid arthritis: Distinguishing mediator from moderator effects. *Personnality and Social Psychological Bulletin*, 18, 709-718.
- Schover, L.R. (1982). Multiaxial problem-oriented system for sexual dysfunctions: An alternative to DSM-III. *Archives of General Psychiatry*, 39(5), 614-619.
- Schover, L.R., & Jensen, S.B. (1988). *Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach*. New York, NY, US: Guilford Press. ix, 357.

- Schover, L.R. (1989). Sexual problems in chronic illness. *In Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press. Xviii, 413.
- Schover, L.R., Novick, A.C., Steinmuller, D.R., & Goormastic, M. (1990). Sexuality, fertility, and renal transplantation: A survey of survivors. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 16(1), 3-13.
- Schover, L.R. (1995). It's not all in your head: Integrating sex therapy and surgery in treating a case of chronic vulvar pain. *In Case studies in sex therapy*, Rosen, R., & Leiblum, S.R. (ED). (1995). New York, NY, US: Guilford Press. Xv, 400.
- Schover, L.R., Yetman, R.J., Tuason, L.J., Meisler, E., Esselstyn, C.B., Hermann, R.E., Grundfest-Bronuatoski, S., & Dowden R.V. (1995). Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. *Cancer*, 75(1), 54-64.
- Schwarzer, R., & Weiner, B. (1991). Stigma and controllability and coping as predictors of emotions and social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(1), 133-140.
- Senchak, M., & Leonard, K.E. (1993). The Role of Spouses' Depression and Anger in the Attribution-Marital Satisfaction Relation. *Cognitive Therapy and Research*, 17(4), 397-409.
- Senior, V., Marteau, T.M. & Peters, T.J. (1999). Will genetic testing for predisposition for disease result in fatalism? A qualitative study of parents' response to neonatal screening for familial hypercholesterolemia. *Society for Scientific Medicine*, 48, 1857-1860.
- Sensky, T. (1997). Causal Attributions in Physical Illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 565-573.
- Sharpley, C.F., Cross, & Darryl G. (1982). A psychometric evaluation of the Spanier Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage & the Family*, 44(3), 739-747.

- Shiloh, Shoshana, Rashuk-Rosenthal, Dana & Benyamini Yael (2002). Illness Causal Attributions: An Exploratory Study of Their Structure and Associations With Other Illness Cognitions and Perceptions of Control. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(4), 373-394.
- Shindel, A., Quayle, S., Yan, Y., Husain, A., & Naughton, C. (2005). Sexual Dysfunction in Female Partners of Men Who Have Undergone Radical Prostatectomy Correlates with Sexual Dysfunction of the Male Partner. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 833-841.
- Sigelman, C. K. (1991). The effect of causal information on peer perceptions of children with physical problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12(2), 237-253.
- Smith, E. et Ryan, E. (1999). Depressive Symptomatology and Specificity of Social Support. *Psychological Reports*, 84, 1180-1186.
- Smith, K.B., Tripp, D., Pukall, C., Nickel, J.C., (2007). Predictors of Sexual Relationship Functioning in Couples with Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *Journal of Sexual Medicine*, 1-11.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38(1), 15-28.
- Spanier, G.B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage & the Family*, 44(3), 731-738.
- Spanier, G.B. (1988). Assessing the strengths of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology*, 2(1), 92-94.
- Srull, T.K., Lichtenstein, M., & Rothbart, M. (1985). Associative storage and retrieval processes in person memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 11, 316-345.
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 974-991.

- Tait, Raymond. C. & Chibnall, John T. (1994). Observer Perceptions of Chronic Low Back Pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(5), 415-431.
- Tatu, P, Pellet, J, Lang, F, Pichon, M. (1994). The SCL-90-R in a sample of French-speaking adults without psychiatric disorders/La SCL 90 R dans un échantillon de sujets francophones libres de troubles psychiatriques. *Annales Médico-Psychologiques*, 152(3), 187-190.
- Taylor, S.E.(1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 41, 1161-1172.
- Taylor, S.E., Litchman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Tennen, H. & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108, 209-232.
- Timko, C., & Janoff-Bulman, R. (1985). Attributions, vulnerability, and psychological adjustment: The case of breast cancer. *Health Psychology*, 4, 521-544.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.
- Turk, D.C., Rudy, T.E., Kubinski, J.A., Zaki, H.S., & Greco, C.M. (1996). Dysfunctional patients with temporomandibular disorders: Evaluating the efficacy of a tailored treatment protocol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 139-146.
- Turk, D. C., & Feldman, C. S. (1992). Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: the contribution of psychological variables. *Hospital Journal*, 8, 1-23.
- Turk, D.C., Rudy, T.E., & Salovey, P. (1985). The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structures and examining appropriate uses. *Pain*, 21, 385-397.

- Turnquist, D.C., Harvey, J.H., & Andersen, B.L. (1988). Attributions and adjustment to life-threatening illness, *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 55-65.
- Trudel, G., Ravart, M., & Matte, B. (1993). The use of multi-axial diagnostic system for sexual dysfunctions in assessment of hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19(2), 123-130.
- van Beurden, M., van der Vange, N., de Craen, A.J., Tjong-A-Hung, S.P., ten Kate, F.J., ter Schegget, J., & Lammes, F.B. (1997). Normal findings in vulvar examination and vulvoscopy. *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, 104(3), 320-324.
- Van Lankveld, J.J., Weijenborg, P.T.M., & ter Kuile, M.M. (1996). Psychologic profiles of and sexual function in women with vulvar vestibulitis and their partners. *Obstetrics and Gynecology*, 88(1), 65-70.
- Walker, J.G., Manion, I.G., Cloutier, P.F., & Johnson, S.M. (1992). Measuring marital distress in couples with chronically ill children: The Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(3), 345-357.
- Walling, M.K., & Reiter, R.C. (1995). Chronic pelvic pain. In : M.W. O'Hara, R.C. Reiter, S.R. Johnson, A. Milburn, & J. Engeldinger (Eds). *Psychological aspects of women's reproductive health*. New York : Springer, pp.65-80.
- Waltz, M., Krieger, W., & van't Pad Bosch P. (1998). The social environment and health in rheumatoid arthritis: marital quality predicts individual variability in pain severity. *Arthritis care and research*, 11(5), 356-374.
- Weiner, B. (1986). *A attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Sharpe, N., & Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-273.
- Weisberg, R. B., Brown, T. A., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (2001). Causal attributions and males sexual arousal: The impact of attributions for a bogus

- erectile difficulty on sexual arousal, cognitions, and affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 324-334.
- Weisman, Amy, López Steven Regeser, Karno, Marvin & Jenkins Janis (1993). An Attributional Analysis of Expressed Emotion in Mexican-American Families With Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(4), 601-606.
- White, G., & Jantos, M. (1998). Sexual behavior changes with vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Reproductive Medicine*, 43(9), 783-789.
- Williams, Huw W., Evans, Jonathan J., Needham Paul & Wilson Barbara A. (2002). Neurological, Cognitive and Attributional Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms After Traumatic Brain Injury. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), octubre, 397-400.
- Witkin, S.S., Gerber, S., & Ledger, W.J. (2002). Differential characterization of women with vulvar vestibulitis syndrome. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 187(3), 589-594.
- ong, Paul T. P & Weiner, Bernard (1981). When People Ask 'Why' Questions, and the Heuristics of Attributional Search. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 650-663.
- Zullo, H. M., Oettingen, G., Peterson, C., Seligman, M. E. (1988). Pessimistic explanatory style in the historical record: CAVing LBJ, presidential candidates, and East versus West Berlin. *American Psychologist*, 43(9), 673-682.